



Spesialisthelsetjenesten eller primærhelsetjenesten?

**Hvilken oppfølging ønsker kvinner fra Nordhordland den første uken etter
fødsel?
- en spørreundersøkelse**

Forfatter

Wenche Sofie Nilsen

november 2010

Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og
helseøkonomi

Det medisinsk-odontologiske fakultet

Institutt for økonomi
Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Senter for etter- og videreutdanning (SEVU)
Universitetet i Bergen

Forord

Mastergraden er sprunget ut fra studiene helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Senter for videre- og etterutdanning, Universitet i Bergen.

Med erfaring fra svangerskapsomsorg, poliklinikk for gravide, fødemottak, fødeavdeling, kombinert føde- og barselavdeling og barselpoliklinikk valgte jeg i denne oppgaven å ta for meg første uken etter fødsel, med hovedfokus innen helseøkonomi.

Først vil jeg takke min veileder, Professor, Dr. oec. Jan Erik Askildsen, som har vist en engels tålmodighet og støtte i veiledersituasjonen, hans forelesninger i helseøkonomi inspirerte til valget av oppgavens fagemne. Takk til post doc Karin Monstad, ved institutt for samfunnsøkonomi som har kommet med verdifulle innspill underveis.

Første konsulent Marit Skjelbred Rekk, har med sin varme og oppmuntring gitt meg inspirasjon til å gå videre, når jeg i tunge stunder hadde tenkt å gi opp.

Takk til statistiker Andreas Henriksen med bearbeiding av det statistiske materialet.

Takk til distriktsjordmødrene i Nordhordland for hjelp til gjennomføringen av spørreundersøkelsen.

Takk til avdelingsleder ved Storken som ga meg permisjon til å få slutført oppgaven, noe som har gjort innspurten lettere.

Takk og til gode jordmorkolleger for støtte og oppmuntring.

Gjennomføringen av dette arbeidet kan jeg takke min mann for. Mine barn Henriette, Nikolai, Andreas og Judith har gitt meg ”arbeidsrom”, selv om de i perioder kunne ha ønsket at ”jeg var mer tilstede” så har de oppmuntret meg til å fullføre dette prosjektet.

Takk til gode og nære venner for støtte og oppmuntring

Takk til ”Medisinsk fødselsregister” og ”Den norske mor–barn undersøkelsen”, for tallmateriale over liggetid mor og barn.

November - 2010

Wenche Sofie Nilsen

Innholdsfortegnelse

Forord

Sammendrag (engelsk-norsk)

Kapittel 1

Innledning s.1

1.1 Bakgrunn og problemstilling

1.2 Disposisjon

Kapittel 2

2.1

Jordmortjenesten, det institusjonelle s.4

2.2

Liggetid for både mor og barn s.7

2.3

Nordhordland interkommunalt samarbeidet mellom distriktjordmødrene s.9

Kapittel 3

3.1

Teori og analysetilnærming s.10

3.2

Helseøkonomisk innfallsvinkel til forskningsspørsmålet s.13

3.3

Betalingsvilje i forhold til oppfølging etter fødsel s.15

Kapittel 4

4.1

Metoden

Valg av design, metode og utvalg s.17

4.2

Arbeidsprosessen med spørreundersøkelsen s.20

4.3

Etikk s.21

4.4

Reliabilitet og validitet	s.22
---------------------------	------

Kapittel 5

5.1	
Resultater	s.24
5.2	
Antall som har hatt hjemmebesøk - poliklinisk oppfølging	s.26
5.3	
Tilfredshet med oppfølging med oppfølging på Kvinneklinikken og hjemmebesøk	s.27
5.4	
Hjemmebesøk versus oppfølging på Kvinneklinikken	s.30
5.5	
A:Oppfølging hjemmebesøk korrelasjon og betalingsvilje	s.32
B: Oppfølging kvinneklinikken korrelasjon og betalingsvilje	s.33
5.6	
Ønsket oppfølging ved en fremtidig fødsel	s.36

Kapittel 6

6.1	
Diskusjon	s.37
6.2	
Oppfølging etter fødsel	s.40

Kapittel 7

Konklusjon	s.41
------------	------

Referanseliste

Vedlegg



Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel				
Spesialisthelsetjenesten eller primærhelsetjenesten, en spørreundersøkelse blant kvinner fra Nordhordland, om hvilken oppfølging de ønsker den første uken etter fødsel				
Forfatter				
Wenche Sofie Nilsen				
Forfatterens stilling og arbeidssted				
Jordmor, Kvinneklinikken Haukeland Universitetssykehus				
Dato for godkjenning av oppgaven			Veileder	
			Professor. Dr. oec. Jan Erik Askildsen	
Antall sider	Språk oppgave	Språk sammendrag	ISSN-nummer	ISBN-nummer
	Norsk	Norsk		
Sammendrag				
<p>Bakgrunn: Liggetid på barselavdelingene er blitt kortet ned de siste år i Norge, noe som har medført innføring av poliklinisk oppfølging på sykehus av friske nyfødte og barselkvinner i løpet av den første uken etter fødsel. Stortingsmelding nr.47 (2008-2009) anbefaler at lokal jordmortjeneste tar seg av oppfølging av mor og barn de første dager etter fødsel. Fra 1995 til ca 2000 foretok distriktjordmødre i Nordhordland hjemmebesøk og utførte nødvendige kontroller hos denne gruppen, som dro tidlig hjem etter fødsel.</p> <p>Hensikt: Hensikten i denne undersøkelsen er å analysere nytteeffekten av det enkelte behandlingsalternativ, poliklinisk oppfølging på Kvinneklinikken eller hjemmebesøk av jordmor, gjennom å bruke betalingsvilje som en indikator for å få frem dette. Det er i tillegg viktig å synliggjøre hvilken type oppfølging denne gruppen ønsket ved en eventuell fremtidig fødsel.</p> <p>Materiale: Studien bygger på data fra gravide, flergansfødende i Nordhordland. Spørreskjemaet ble delt ut i forbindelse med svangerskapskontroll. Det var 50 % svarandel.</p> <p>Metode: Kvantitativ metode, innsamlet data fra spørreskjema, survey.</p> <p>Resultat: De var større betalingsvilje for hjemmebesøk versus oppfølging på Kvinneklinikken. De fleste (2/3) ønsket hjemmebesøk av jordmor ved neste fødsel.</p> <p>Konklusjon: Barselomsorgen er i endring, fordi liggetid er kortet ned. Dette medfører nye og andre utfordringer for helsevesenet. Da denne undersøkelsen omfatter et lite distrikt i Norge, er det anbefalt mer forskning på tema oppfølging første uken etter fødsel i et større område. Dermed kan man kan utarbeide gode kvalitative retningslinjer i forbindelse med oppfølging av den nyfødte og barselkvinner mer generelt. I påvente av resultater fra forskning på feltet er det viktig at helsemyndighetene tar resultatene i denne spørreundersøkelsen på alvor.</p>				
Nøkkelord				
Barselomsorg, oppfølging etter fødsel, liggetid, survey, betalingsvillighet i form av nytte analyse, helseøkonomi, vekttap hos nyfødte, spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten				

**Dissertation submitted for the degree of
Master in Health Management, Quality Improvement and Health
Economics
in The University of Bergen**

Title and subtitle of the dissertation				
Primary care at home or in hospital: Preferred treatment during first week after childbirth.				
Author				
Wenche Sofie Nilsen				
Author's position and address				
Midwife at Kvinneklivikken Haukeland University Hospital				
Date of approval		Supervisor		
		Professor. Dr. Oecon. Jan Erik Askildsen		
Number of pages	Language dissertation	Language abstract	ISSN-number	ISBN-number
		English		

Background
Length of stay at maternity wards has been during in the last ten years in Norway, which has led to the introduction of outpatient follow-up in the hospital of healthy newborns and postpartum women during the first week after birth.
St.nr.47 (2008-2009) recommends that local midwifery- service do follow-up of mother and child during the first days after birth.
From 1995 to about 2000 the district midwives in Nordhordland conducted home visits and carried out necessary health checks for those who went home early after birth.

Purpose
The purpose of this study to investigate the utility of different treatment options either outpatient follow-up at Women's Clinic or home visits by a midwife willingness to pay is used as an indicator for preferences.
It was also important to highlight what kind of treatment this group wanted at a possible future birth.

Materials
The study is based on data from pregnant, multipara women in Nordhordland. The questionnaire was handed out in connection with prenatal care.

Method
Quantative method, survey.

Results
Response ratio was 50 %. There was greater willingness to pay for home visit versus follow-up at Women's Clinic. Most females wanted home visits by a midwife after the next birth.

Conclusion
Maternity care is in changing. One of the reasons for this is that hospital stays are shortened. This gives new and different challenges for the health care system. Due to time limits and the small-scale study this study emphasises and recommends more research on the topic on following-up of both child and mother the first week after birth. This will make it possible to develop, good quality guidelines in connection with monitoring the newborn and postpartum women.

Key words: follow-up during first week after Childbirth, length of stay in hospital, willingness to pay , utility analysis, health-economies, newborn and loss of weight.

Kapittel 1

Dagens barseltilbud i Norge er i forandring. Tidligere ferdigbehandlet man denne gruppen mens de var inneliggende på barselavdelingen. Dagens oppfølging av barselkvinner og nyfødte etter fødsel utføres stort sett poliklinisk for friske nyfødte og barselkvinner. En slik omorganisering gjelder ikke bare innen barselomsorgen. Nedkorting av liggetid generelt i spesialisthelsetjenesten er mer og mer vanlig. Denne oppgaven er imidlertid konsentrert rundt oppfølging av nyfødte og barselkvinner den første uken etter fødsel.

Problemstillingen er hvilke oppfølging kvinner i Nordhordland ønsker etter fødsel, besøk av jordmor i hjemmet eller poliklinisk oppfølging på sykehus. For å få kunnskap om hva kvinnene ønsker, har jeg gjennomført en spørreundersøkelse.

Omorganiseringen av barseltiden berører samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I St.meld. nr. 47 ”Samhandlingsreformen” (2008 – 2009) blir samhandlingslinjer mellom disse to tjenestene spesielt omtalt. Jordmortjenesten blir i denne meldingen i kapittel 6.8.1 beskrevet som følger:

”Det blir anbefalt at lokal jordmortjeneste skal ha en sentral rolle i oppfølging av mor og barn hjemme de første dager etter fødsel. Nødvendig oppfølging av mor og barn de første dagene må skje i samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste.” (s.70,71)

Denne studien har fokus på oppfølgingen av jordmor enten i spesialisthelsetjenesten eller primærhelsetjenesten. Barseltiden regnes som de første seks ukene etter fødsel (se vedlegg for definisjon på barseltid), men i denne oppgaven er det altså første uken etter fødsel som er hovedfokus. Mange jordmødre har vært tiltrukket av selve fødselsarbeidet, men i den senere tid har oppfølgingen i svangerskapsomsorgen fått mer oppmerksomhet. Man har sett viktigheten av at svangerskapskontroller skal være fundamentert i felles retningslinjer, i tillegg til en god svangerskapsomsorg som er en viktig investering både for mor og barn med tanke på både sykdom og død. Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen kom i 2005. og Stortingsmelding nr.12 ”En gledelig begivenhet” om sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg (Sosial- og helsedepartementet 2008 – 2009), ble lansert i 2009. Det er ikke her gitt klare direktiver for hvordan organisere oppfølging i

barseltiden, men det er pekt på at organiseringen skal være av god kvalitet. Temaet om barsel er spesielt belyst i kapittel 7 i St. meldingen, ”En familievennlig barselomsorg”, hvor de endringene som har skjedd innen organiseringen av barselomsorgen i Norge de siste årene blir omtalt. Kapittel 8 ”Kvalitet i alle ledd” tar for seg viktigheten av god kvalitativ oppfølging både før, under og etter fødsel. En kan eksempelvis tenke at dersom ikke oppfølging av den nyfødte og barselkvinnen utføres etter anbefalt ”god kvalitet”, kan det føre til at barselkvinnen ikke får til amming og at den nyfødte dermed taper for mye vekt i forhold til fødselsvekten, noe som igjen kan medføre til reinnleggelse i sykehus.

Disse og andre utfordringer kan man enten møte ved å foreta oppfølgingen av mor og barn i form av en poliklinisk konsultasjon, eller at jordmor kommer på hjemmebesøk. Det er i den forbindelse interessant å vite hva brukerne måtte mene om dette, hvilken oppfølging de ønsker etter fødsel. I denne studien har jeg valgt å foreta en empirisk undersøkelse blant gravide flergangsfødende som bor nord for Bergen, nærmere bestemt i Nordhordland, hvor følgende kommuner er representert: Meland, Austrheim, Masfjorden, Lindås, og Radøy (se vedlegg kart). Bakgrunnen for dette valget er at Nordhordland har en lang tradisjon med distriktsjordmortjeneste og et interkommunalt samarbeid. For noen år tilbake inkluderte samarbeidet også barselkvinner, der distriktjordmor foretok hjemmebesøk innen den første uken etter fødselen. Disse kvinnene hadde kort liggetid på sykehus og hjemmebesøket ble erstattet av oppfølgingen i spesialisthelsetjenesten.

En del av diskusjonene innen helsevesenet har de siste årene vært fokusert på helseøkonomi. Helseøkonomi er også tema i denne oppgaven. Haug (2001:17) skriver at det er behov for det han kaller ”nøktern analyse for behov og kostnader” i vurdering av de enkelte behandlingstilbud innen helsevesenet. Denne spørreundersøkelsen tar ikke for seg de reelle kostnadene for selve helsevesenet, men tar utgangspunkt i økonomisk teori for å få frem hvilke oppfølging den enkelte ønsker etter fødsel. Mer spesifikt skal vi søke å avsløre betalingsvilje som i denne undersøkelsen skal brukes som indikator for å få frem nytteeffekten av barselpoppfølging. Videre tar et av spørsmålene i undersøkelsen for seg hvilken oppfølging respondentene ønsker etter fødsel, et tema som også belyses i ”Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial – og helsetjenesten”. En del av kvalitetsreformen handler om å lytte til aktørene det gjelder.

De enkelte kapitlene inneholder som følger:

Kapittel 2 gir en liten omtale i jordmorfaget og organiseringen av denne tjenesten.

Kapittel 3 gir en bakgrunn for den helseøkonomiske analysen.

Kapittel 4 beskriver spørreundersøkelsen og presenterer valg av design og metode.

I kapittel 5 presenteres resultatene av undersøkelsen.

I kapittel 6 blir resultatene drøftet og en sammenfatning av disse blir gjort.

Kapittel 7 inneholder konklusjon og avslutning.

Kapittel 2 – Bakgrunn og historie

2.1

Jordmortjenesten, det institusjonelle

I dette kapittelet presenteres litt av jordmorfagets historie i Norge. Videre gis en kort oversikt over organiseringen av barselomsorgen fram til i dag, for å gi en bakgrunn for det stilte forskningsspørsmålet.

For å forstå jordmor sin funksjon vil jeg starte med hvilken definisjon man i Norge forholder seg til, som er den internasjonale definisjonen av jordmor fra 1972, revidert i 1992 og utformet av The International Confederation of Midwives. Definisjonen lyder som følger:

”En jordmor er en person som har fullført og bestått landets offentlige jordmorutdanning, og har ervervet seg de foreskrevne kvalifikasjoner for å bli godkjent og/eller autorisert til å utøve jordmorvirksomheten. Hun må være i stand til å yte den nødvendige overvåking, omsorg og rådgivning til kvinnene i løpet av svangerskapet, fødselen og barseltiden, til å lede fødsler på eget ansvar og til å ha omsorg for det nyfødte barn og spedbarnet. Denne omsorgen omfatter forebyggende tiltak, oppdagelse av patologiske tilstander hos mor og barn, tilkalling av nødvendig legehjelp, eller i mangel av denne kunne påta seg å gi førstehjelp. Hun har også en viktig oppgave i helserådgivning og undervisning, ikke bare for kvinnene, men også for familien og samfunnet. Arbeidet bør omfatte undervisning av gravide og vordende foreldre med forberedelse til fødselen og framtidig foreldrerolle, og kan utvides til grener i gynekologi, familieplanlegging og spedbarnspleie. Hun kan praktisere i sykehus, fødestuer, helsesentre, ved hjemmefødsler eller andre former for jordmorvirksomhet.” (Fraser og Cooper 2003:5)

Slik organiseringen er i Norge i dag har jordmor en viktig rolle både før, under og etter fødsel, altså både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Konkret består oppgavene etter fødsel i vektkontroll av den nyfødte, vurdering med hensyn til gulsott, gi råd og veiledning i forhold til ernæring av det nyfødte barnet, ta screeningprøver for å undersøke stoffskifte og Føllings sykdom (Hofman 2010) og veiledning av barselkvinnen med tanke på amming, egen helse, tilheling av fødselsrifter, blødning og for eksempel gjenopptrening av bekkenbunn.

Jordmoryrket har en lang historisk tradisjon. Haugen og Berg (1993) beskriver i sine artikler at i 1761 ble det opprettet en jordmorskole i tilknytning til den nye fødselsstiftelsen i København. Norske elever fikk fra 1766 opplæring ved denne institusjonen. Det tok hele 52 år før fødselsstiftelsen i Kristiania åpnet i 1818, og i 1861 ble en tilsvarende institusjon åpnet i Bergen. Jordmoryrket var den første yrkesutdannelsen som var tilgjengelig for kvinner. Jordmoren hadde sitt virkefelt i distriktet med hjemmefødsler som den naturlige arena.

Distriktsjordmoren hadde en spesiell plass i distriktet, og som Blåka (2002) beskriver jordmoren, hadde hun en rolle i samfunnet tilnærmet prestene, legene og lærerne. Samtidig befant distriktsjordmoren seg ”i spenningen mellom privat og offentlig velferdssystem” som også påvirket hennes arbeidsvilkår, (Blåka 2002:115). Det er mange historier som verserer om jordmorens farefulle ferd omkring i Norges langstrakte land for å yte hjelp til fødende. Blåka skildrer yrket til jordmor med at hun alltid hadde sin jordmorveske klar, fordi hun aldri kunne vite når tid hun ble hentet for å yte fødselshjelp. Hun utførte verken svangerskapskontroller eller oppfølging av mor og den nyfødte. Hun fungerte kun som hjelper under fødselen og ikke noe mer enn dette (Blåka 2002:127). Derfor ble etter hvert fødslene sentralisert til fødeavdelinger og med det ble barselkvinnene og den nyfødte værende på sykehus de første dagene etter fødsel. For 30 år siden var det vanlig med et barselopphold på 10 dager. En viktig bakgrunn for at barseltiden ble institusjonalisert, var som Blåka skriver at da det oppstod en bevissthet rundt barselkrampe, utviklet det seg også et fokus på såkalt ”forebyggende mødretiltak”. Dette ble videre utvidet mot det ufødte og nyfødte barnet (Blåka 2002: 128) og dermed ble fødsels- og barselomsorgen mer og mer institusjonalisert.

I Norge hadde barseltiden historisk sett mange tradisjoner og ulike skikker. Mest av alt var det en periode hvor kvinnene skulle ta det med ro. Artikkelen ”Barselomsorg i et tverrkulturelt og historisk perspektiv ” (Eberhardt-Gran et al 2003) tar for seg både den kulturelle og historiske utvikling etter fødsel. Denne artikkelen ønsker å se på kvinner og barns ”velvære” i tiden etter fødsel. Man kom fram til at det var nødvendig med mer forskning innen barselomsorg med fokus på mental helse både for mor og barn, spesielt siden det i de siste tiår er store endringer innen barselomsorg med hensyn til organisering. Barselomsorgen er i endring, og dette gir nye og andre utfordringer blant annet i forhold til hvordan gi brukerne en best mulig kvalitativ oppfølging enten det er i spesialisthelsetjenesten eller i primærhelsetjenesten.

Det er ikke forsket på endringene innen barselomsorgen i Norge, derfor presenteres to svenske artikler av Ellberg et al. (fra 2007 og 2008). Denne forskningen startet i forbindelse med omorganiseringen av barselomsorgen i Umeå i Sverige. Begge ser på endringene av rutinene i barselomsorgen, den første har tittelen ”BB – vardens rutiner påvirker den neonatale morbiditet”, og tar for seg faren for at både sykkeligheten og morbiditet kan øke hos de nyfødte, dersom man ikke har en tett og god oppfølging etter fødsel. Den andre artikkelen av Ellberg et al (2008) viser til forskning som tar for seg et økonomisk aspekt innen barselomsorgen. I artikkelen ”BB – rutiner påvirker sjuklighet hos nyfødde” har man undersøkt kostnader av forskjellige alternativer for barselomsorg. Denne studien, som innbefattet 3600 kvinner, ble gjennomført fra 1998 til 2002. Målet for studien var å beregne kostnaden for barselomsorg i tråd med hva foreldre foretrekker. Valgene stod mellom familierom, et vanlig barselrom med plass til flere mødre og barn, eller tidlig utskrivning fra barselavdeling. De fleste ønsket seg familierom, noe som viste seg å være et billigere alternativ enn opphold på ordinær barselavdeling, da den innbefattet kortere liggetid. Den billigste modellen var tidlig utskrivning (24 timer etter fødsel), men det var de færreste som ønsket dette tilbudet. I kjølvannet av denne studien etterlyser forfatterne en vurdering av faglig kvalitet som både tilfredsstillende foreldrene og som er kostnadsbesparende.

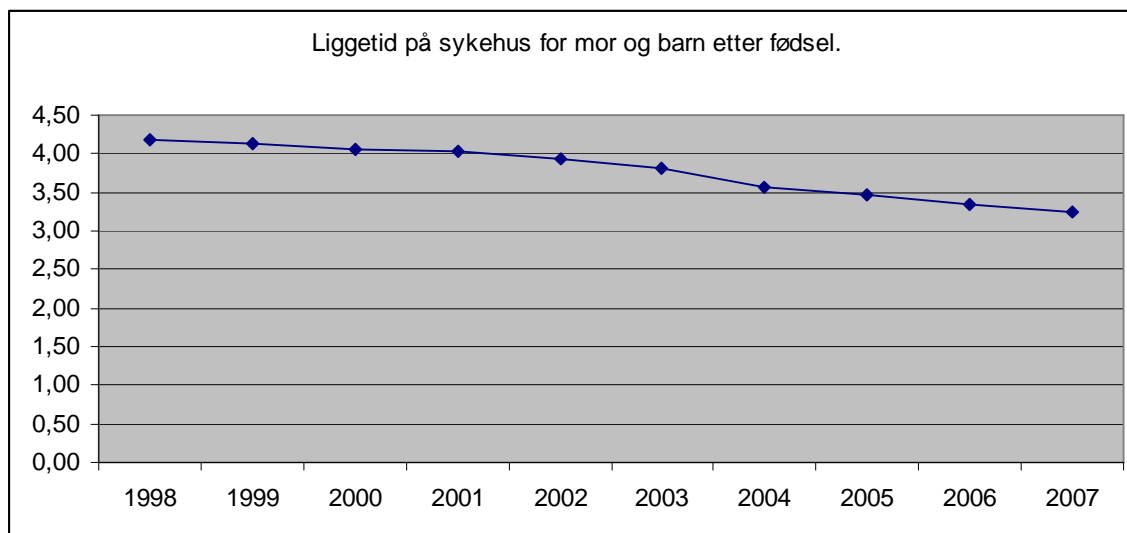
I Norsk Legetidsskriftet har Tjora og Reigstad (2009) i artikkelen ”En seks dager gammel pike med vektnedgang” er det vist til et tilfelle hvor en nyfødt fikk påvist stort vekttap noen dager etter fødsel. Hun dro med mor tidlig hjem fra barselavdelingen og vekttapet ble konstatert i forbindelse med poliklinisk oppfølging på Kvinneklubben. Forfatterne sier at kort liggetid kan være en risikofaktor for uttørring av nyfødte og ved det hospitalisering, dersom det ikke er god og tett oppfølging i løpet av den første uken etter fødsel.

Jeg har nå gitt en kort framstilling av jordmorfaget, historikk og en presentasjon av hvilke utfordringer omorganiseringen innen barselomsorgen står overfor. Med denne bakgrunn er det derfor interessant å se på utvikling av liggetid for mor og barn i barselavdelingen i Norge. Siste del av kapittelet tar for seg dette.

2.2

Liggedøgn for både mor og barn

For å få en oversikt over utviklingen i Norge med hensyn til liggedøgn for mor og barn er det brukt statistikk både fra ”Medisinsk fødselsregister ”og ”Den norske mor og barn – undersøkelsen”. Dataene illustrerer hvordan liggedøgn både hos mor og barn har gått ned.



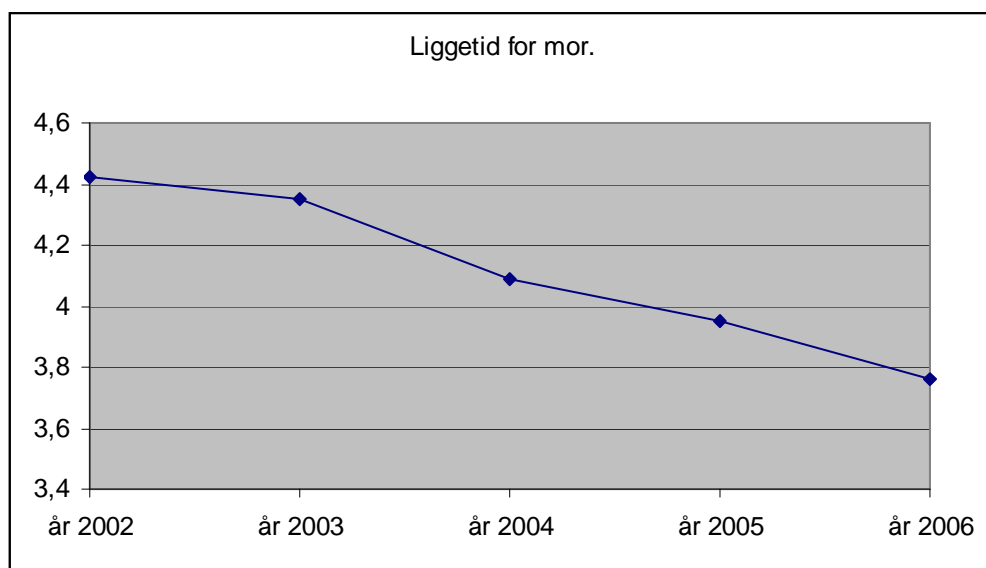
Figur 1

Tabellen fra det ”Medisinske fødselsregister” er fra 1998 til 2007, og inkluderer både mor og barn. En ser at i 1998 var gjennomsnittlig liggetid på sykehus 4.25 døgn, mens i 2007 var den 3.25.¹

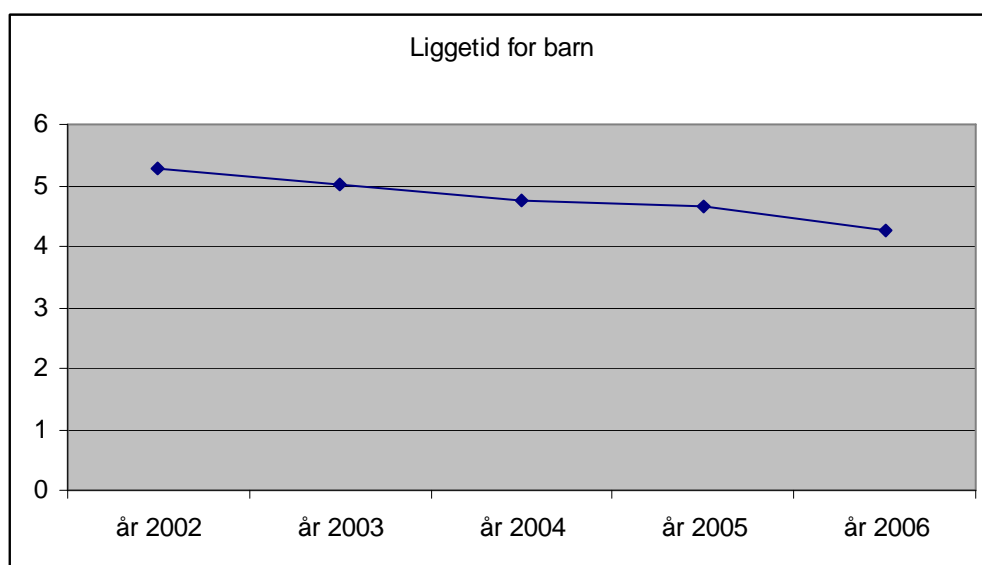
De to neste tabellene har hentet data fra ”Den norske mor og barn–undersøkelsen”², en undersøkelse som startet i 1998 og ble avsluttet våren 2008. Dataene er basert på mors opplysning om hvor lenge hun og barnet lå på sykehuset etter fødsel. Denne statistikken har enkelte svakheter. Av alle som var med i undersøkelsen, er det kun 34 % som har svart på spørsmålet om liggetid. Undersøkelsen rommet ikke hele Norges befolkning, og derfor skal man være forsiktig å trekke de store konklusjoner ut fra materialet. Allikevel har det vært et valg å ta med disse dataene blant annet fordi det gir et bilde av utviklingen med hensyn til liggetid for mor og barn.

¹ E-post fra rådgiver Jon Gunnar Tufta, ”Medisinsk fødselsregister” den 5.5.2008, se vedlegg 10

² E-post fra Elin Hilde Roti Alsaker, ”Den norske mor og barn- undersøkelsen” den 1.4.2008, vedlegg 7, 8 og 9



Figur 2



Figur 3

Figurene viser at det er en forskjell i liggedøgn mellom mor og barn. Barna ligger lengre på sykehus enn mødrene. Forklaringen her kan være at statistikken rommer både premature og de nyfødte som blir overført nyfødtavdelinger for behandling etter fødsel, noe som gir utslag ved at de har et lengre sykehusopphold enn mødrene. Dataene fra ”Medisinsk fødselsregister”

og ”Den norske mor og barn–undersøkelsen” viser en tendens til at liggetid har gått ned for mor og barn etter fødsel fra 2002 til 2006. Selv om tabellen fra denne undersøkelsen har en lav representasjon i befolkningen generelt, underbygger likevel disse tallene dette. St. melding nr.12, 2008–2009, under kapittelet om ”En familievennlig barselomsorg” viser til den samme utvikling med liggetid. Videre skisseres det i Stortingsmeldingen at det i dag er flere typer oppfølgingstilbud i Norge, det være seg at mor og den nyfødte drar raskt hjem etter fødsel og får hjemmebesøk av jordmor fra sykehuset, eller får poliklinisk oppfølging på sykehuset.

2.3

Nordhordland et interkommunalt samarbeid mellom distriktjordmødrene

Da jeg ville se nærmere på oppfølging etter fødsel med bakgrunn i at liggetid er kortet ned, besluttet jeg å spørre kvinner hjemmehørende i Nordhordland. Dette fordi distriktjordmødrene der startet et prosjekt fra ca 1995 til ca 2000 som inkluderte alle barselkvinner som dro hjem tidlig fra barselavdelingen, før de nødvendige kontroller (for eksempel Følling og vekt av den nyfødte) var ferdig utført. Rutinene i disse tilfellene var at jordmor på barselavdelingen kontaktet Legevaktsentralen i Nordhordland og informerte når kvinner hjemmehørende i regionen dro tidlig hjem. Legevaktsentralen formidlet denne beskjeden til vakthavende distriktjordmor, hvorpå hun som oftest dro hjem til barselkvinnen og den nyfødte samme dagen eller dagen etter. Hun fulgte opp mor og barn til Følling blodprøve var tatt. Hjemmebesøkene kunne variere i antall, ut fra hvilket behov den enkelte hadde. Prosjektet opphørte da det ble innført nye rutiner i forbindelse med blodprøvetaking av den nyfødte. Oppgaveskriveren har bedt om prosjektbeskrivelse, dette foreligger ikke.

Kapittel 3 beskriver og tar for seg den helseøkonomiske innfallsvinkel og analyserer betalingsvilje.

Kapittel 3

Teori og analysetilnærming

3.1

I kapittel 2 er bakgrunnen for å forstå forskningsspørsmålet beskrevet. Jeg vil først i dette kapitlet få frem hvorfor liggetid er kortet ned innen spesialisthelsetjenesten, ved å gi et innblikk i hvilke kostnadstygde denne ”pasientgruppen” utgjør for spesialisthelsetjenesten. Derfor blir økonomiske begrep definert og kostnadsoversikten fra føde-, barselavdelingen Kvinneklivnikken Haukeland Universitetssykehus for en måned (2007) presentert. I siste del av dette kapittel, forklares hvordan man kan avdekke betalingsvilje og med dette få fram nytteverdien ved en tjeneste.

Kostnadstygde for spesialisthelsetjenesten

Siden liggetid har endret seg er det interessant å se på hvor store kostnader dette representerer for spesialisthelsetjenesten. Den kan først være nyttig å definere en del sentrale kostnads- og nytte- begrep:

Variable kostnader: ” Kostnader som påvirkes direkte av virksomhetens aktivitetsnivå. Eksempler er utgifter til bedøvelsesmidler og bandasje på en operasjonsstue. Noen kostnader er trinnvis faste, men endres. Dvs. blir variable når aktiviteten endres tilstrekkelig mye”. (Nord 2002)

Grensekostnader: ” Merkostnadene det innebærer å utvide produksjonen med en enhet” (Ringstad 2002:84)

Alternativ kostnader: ”Hva en taper av andre goder når en bruker ressurser til et bestemt formål.” (Ringstad 1998:22)

Faste kostnader: ” Kostnader som er uavhengige av hvor mye som produseres.” (Ringstad 2002:77)

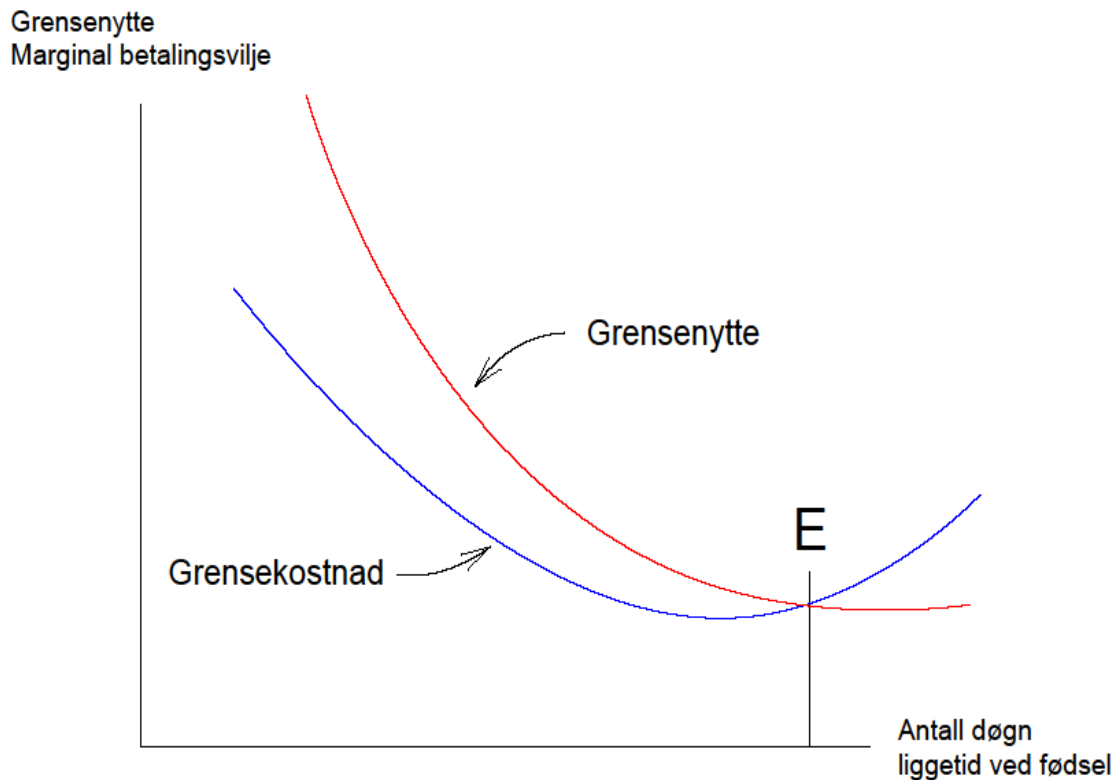
Grensenytte: ”Den økning i nytte som en konsument får ved å øke forbruket av et gode med en enhet.” (Ringstad 2002:359)

Nytte: ”I økonomisk teori er man opptatt av å få mest mulig nytte eller velferd (utility) ut av de ressursene man har”. (Pettersen og Bjørnenakk 2005:76)

Begrepene gir som sagt en forståelse når vi nå skal først se på kostnadstyngden i spesialisthelsetjenesten og deretter se nærmere på hvordan man kan avdekke betalingsvilje og med dette få fram nytteverdien ved en tjeneste.

Føde- og barselavdelingen er en del av den somatiske spesialisthelsetjenesten også når man ser på kostnadstyngden. Tall hentet fra Samdata (2007, vedlegg 13) viser økning av kostnader fra 2002 til 2007, dermed kan en tenke at kostnadstyngden er en av mulige forklaringer på kort liggetid for barselkvinner og nyfødte. Da dette er en pasientgruppe, som er lettere å skrive ut enn eldre pasienter.

Jeg vil nå vise den samfunnsøkonomisk mest lønnsomme tilpasning. Følgende figur kan illustrere hvordan en kan tenke seg en optimal liggetid når en også vurderer ressursbruken som følger med. I figur 4 for grensenytte antar vi at det er størst behov (nytte) for hjelp og veiledning før, under og like etter fødsel. Deretter vil det ikke være det samme behov for oppfølging, og kurven vil dermed falle etter hvert som den marginale nytteverdien synker ved flere liggedøgn.



Figur 4

I følge grafen for grensekostnader antar vi at kostnader faller først og så flater ut og eventuelt stiger. Årsaken til at kurven først faller, er at tyngden av kostnadene er størst ved innleggelse. Etter fødsel vil kostnadene gå ned fordi ressursbehovet minsker. I punkt E når vi et nivå der produksjonen er på et optimalt nivå, vurdert ut fra en samfunnsøkonomisk analyse. Derfor vil samfunnsøkonomisk overskudd reduseres etter E, siden grensekostnad da er høyere enn grensenytten. Det er ikke samfunnsøkonomisk lønnsomt å gå ut over E, selv om nytten øker, fordi kostnadene øker mer enn nytten.

Med denne bakgrunn beskrives og analyseres i det følgende betalingsvilje sett i lys av selve forskningsspørsmålet.

3.2

Helseøkonomisk innfallsvinkel til forskningsspørsmålet

Denne delen av kapittelet vil ta for seg hvordan man kan avdekke betalingsvilje og med dette få fram nytteverdien ved en tjeneste. Dette fordi betalingsvilje ikke bare får frem hvor mye man er villig å betale for en tjeneste i rene penger, men den gir også en indikasjon på nytten ved samme tjeneste. Her handler det om nytteverdi for den enkelte respondent ved to typer oppfølging etter fødsel, oppfølging på sykehus eller i hjemmet i form av hjemmebesøk av jordmor. Selv om vi ikke vet kostnadene verken ved hjemmebesøk eller poliklinisk oppfølging på sykehus, altså de reelle kostnadene for helsevesenet, er det likevel grunn til å tro at kostnadene ved hjemmebesøk av jordmor ikke er høyere enn ved poliklinisk oppfølging av jordmor på sykehus. Men dette er rent hypotetisk.

Et spesielt problem er at offentlige prosjektvurderinger er vanskeligere enn private da offentlige prosjekter ofte produserer tjenester (goder) som ikke omsettes i et vanlig marked. Det gjør verdsettingen vanskelig. Når det er snakk om kostnader i denne undersøkelsen er det lettere å vise til kostnader som den enkelte respondent selv legger til grunn. Det omfatter for eksempel omfatter utgifter til bensin, bompengavgift og parkering. I økonomisk teori er kostnader et mål på verdien av de ressurser som medgår i et prosjekt i beste alternative anvendelse. For å kartlegge betalingsvilje ble det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse til en gruppe gravide. Spørreskjema er vanlig å bruke i slike tilfeller, som Pettersen og Bjørnenakk (2005) skriver:

”Nytten ved et helsegode kan komme til uttrykk gjennom brukernes betalingsvillighet for den endringen i helsetilstand som et helsetiltak medfører” (2005:79).

Dette kan gjøres ved å undersøke enkeltindividers vilje til å betale for ulike typer behandlinger (Pettersen og Bjørnenakk 2005). Betalingsvilje er i følge de samme forfatterne en form for ”prising” av en tjeneste. I dette tilfelle setter respondentene et kronebeløp på to forskjellige behandlingsalternativ ved å spørre enkeltindivider om hvor mye de er villig til å betale for ulike former for behandling. Teorien bak Kostnad-nytte-analysen i denne oppgaven er hentet fra Folland et. al (2006) kapittel 24. Hovedtankene bak kostnad-nytte-analysen er å finne ut om et prosjekt vil øke den sosiale velferden ved at nytteverdien ved prosjektet overstiger kostnadene. Analysen kan også omfatte prosjektets nytte eller kostnad for aktører

som ikke er direkte påvirket (tredjepart). En ”slik” prising er nødvendig å foreta i kostnad-nytte-analyser, fordi det er ønskelig å sammenlikne behandlingsalternativer av vidt forskjellig karakter, når det ikke finnes markedspriser.

”Kostnads–nytteanalysen går ut på at den økonomiske verdien av en medisinsk gevinst og behandlingskostnadene tallfestes og veies opp mot hverandre. Ethvert tiltak der kroneverdien av den medisinske nytten overstiger kroneverdien av de medisinske kostnadene, bør ut fra denne logikken gjennomføres. Ikke bare medisinske, men alle typer gevinster og kostnader, alt som folk setter pris på eller misliker. Ved valg mellom flere behandlingsformer hvor nytten er større enn kostnaden, velges den som medfører størst differanse mellom nytte og kostnader,” (Bjørnenakk og Pettersen 2005:78).

Kostnad-nytteanalyser er nærmere belyst i St. melding nr 1997: 27 (Finansdepartementet):

”I en kostnad-nytteanalyse verdsettes alle effekter i krone og øre. Kroneverdien brukes så til å veie betydningen av de ulike konsekvensene mot hverandre. Dersom en legger sammen den beregnede verdien av alle konsekvenser ved et tiltak, og summen blir positiv, sier en at tiltaket er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Den beregnede samfunnsøkonomiske lønnsomheten gir uttrykk for om tiltakets virkninger står i rimelig forhold til kostnadene. Hovedprinsippet for verdsetting som vanligvis brukes i nyttekostnad analyser, er at kroneverdien av en konsekvens skal settes lik det befolkningen er villig til å betale for å oppnå den. At noe er ”samfunnsøkonomisk lønnsomt” vil derfor her bety at befolkningen til sammen er villig til å betale minst så mye som tiltaket faktisk koster,” s.7 1.3.2.

I Stortingsmelding 1997:27 sies det at kostnad-nytteanalyse kan være vanskelig, og lønnsomhetsberegningene blir ofte ufullstendige. Et eksempel er problematikken mellom forebyggende og livreddende tiltak innen helsevesenet. Det å måle kostnader innen forebyggende helsevern er vanskelig, da man ikke vet gevinsten av en investering i forebygging. Men en investering i et nyfødt barn og barselkvinne ved en god kvalitativ oppfølging etter fødsel, kan regnes som en fremtidig investering. Barselkvinnen er i arbeidsfør alder og her vil man fort se gevinst av investeringen, mens den nyfødte vil være en

fremtidig arbeidstaker og en fremtidig samfunnsborger. Følgende eksempel fra Bjørnenakk illustrerer dette:

”Verdien av et helsetiltak kan dermed settes lik den produktivitetsøkningen som oppstår når et menneske får helsa tilbake og kan delta i verdiskapende arbeid” (Bjørnenakk og Pettersen 2005:79).

Kostnad-nytteanalysen som her gjennomføres er som tidligere presisert ikke en fullstendig analyse, da kostnadene for helsevesenet ikke er tatt med. Det er kun nytte for den enkelte respondent (kvinne) som her inkorporer deres kostnadsvurderinger. I det følgende vil dette forklares mer spesifikt.

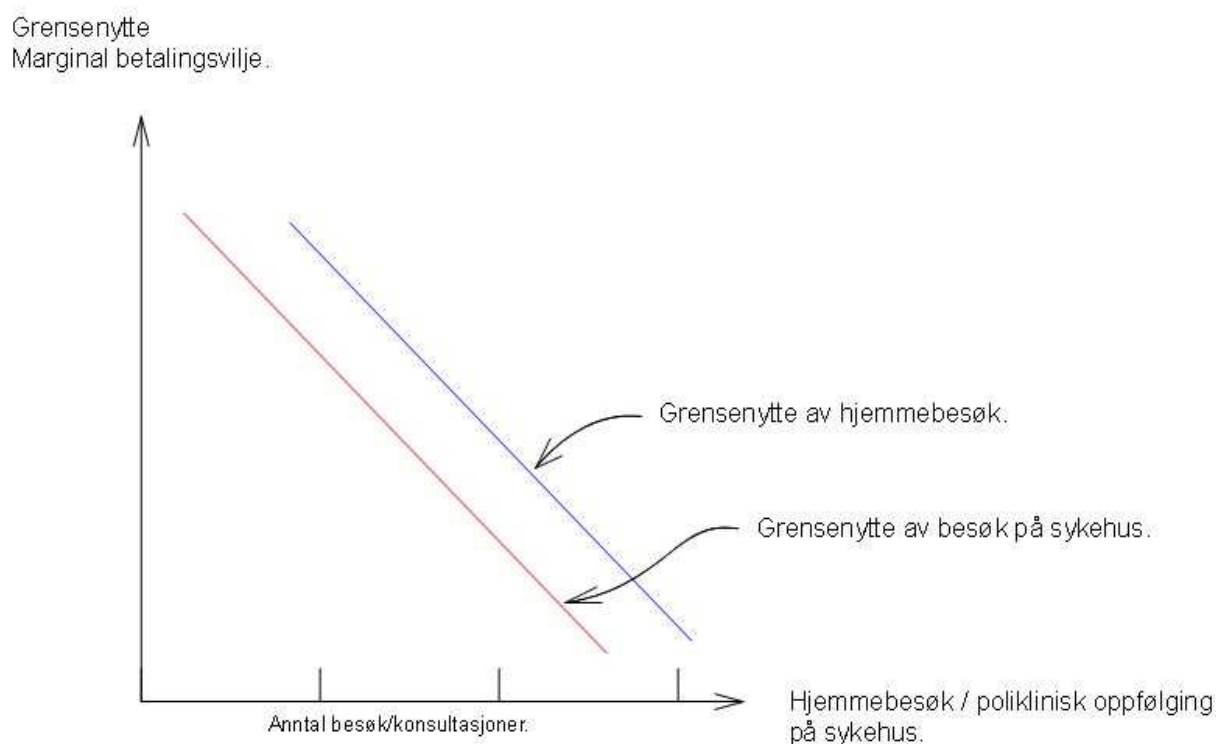
3.3

Betalingsvilje i forhold til oppfølging etter fødsel

Formålet med spørreundersøkelsen er altså å få et anslag på nytten av en tjeneste. I det følgende blir nytten kartlagt, da vi som tidligere nevnt ikke har tatt med kostnadene for helsevesenet. Når respondentene setter en verdi for oppfølging etter fødsel får vi et mål for betalingsvilligheten. Respondentene veier sine kostnader forbundet ved et poliklinisk besøk (dvs. transportkostnad, bompenger, parkering, reisetid etc.) mot det de er villig til å betale for et hjemmebesøk. Dermed vil en slik vurdering av for eksempel ”reisekostnader” være en viktig faktor når nytten ved oppfølgingen skal vurderes. Videre kan en tenke at respondentene i sin vurdering også tar i betraktning den totale livssituasjon, som omhandler andre faktorer enn de som er nevnt her. Et eksempel kan da være utgiftene til pass av de andre barna mens man drar til kvinneklinikken for oppfølging av den nyfødte. Derfor vil den enkelte ha sin egne tanker om hva som er best kvalitet og gjennom dette vurdere nytte-effekten av den enkelte tjeneste.

I det følgende vil figur 5 illustrere prinsippet for vurdering av optimal forsyning av et gode, med utgangspunkt i denne oppgavens problemstilling. Figuren beskriver selve forskningsspørsmålet, som er betalingsvilje i form av nytteverdi ved henholdsvis hjemmebesøk og poliklinisk oppfølging. Dersom respondentene er villig til å betale mest for oppfølging i hjemmet, så vil man kunne si at respondentene vurderer at nytteeffekten er størst

ved dette alternativet. De vil da betale mindre for det andre alternativet, som gir uttrykk for lavere nytteeffekt, av dette alternativet.



Figur 5

I figur 5 viser horisontal akse antall hjemmebesøk eller poliklinisk oppfølging på sykehus, og vertikal linje marginal betalingsvilje og grensenytte. Vi kan tenke oss at det kan være et eller flere besøk eller konsultasjoner. I praksis vil det imidlertid bare være aktuelt med ett besøk. Figuren synliggjør at nytte er størst ved første konsultasjon etter utskriving. Her har vi utelatt kurve for kostnader, fordi det viktigste var å få frem grensenytten (som nevnt tidligere) av besøk på sykehus og grensenytte av hjemmebesøk. Figuren er tegnet slik at vi antar at grensenytte og betalingsvilje for hjemmebesøk er høyere enn for klinikkbesøk. Det trenger selvsagt ikke være tilfelle, noe som er tema for den empiriske undersøkelsen i denne utredningen. Hovedpoenget er at det kan være forskjellig betalingsvilje for hjemmebesøk og sykehusbesøk.

Dette kapittelet har beskrevet hvordan betalingsvilje kan gi et uttrykk for pasientenes nytte av et tiltak. Noe som gir bakgrunn for neste kapittel som tar for seg selve metoden.

Kapittel 4

Metoden

4.1

Dette kapittelet tar for seg metoden for undersøkelsen, hvorfor spørreskjemaet ble utformet slik det ble, og hvordan det ble distribuert. Det ble vist i kapittel 2 at liggetid for mor og nyfødt har gått ned de siste årene, og derfor har det vært viktig å rette fokus på to alternative oppfølgingsmetoder etter fødsel. For å få frem hva respondentene mente om nytteverdien ved den enkelte tjeneste er det valgt en metode for å avsløre betalingsvilje (kapittel 3).

Valg av design, metode, utvalg

Metode kan forklares som en ”fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Everett E L, Inger Furseth 2004:129)

Da det er brukt kvantitativ metode i denne undersøkelsen velger jeg følgende forklaring:

”Kvantitativ forskning starter med å definere variabler og kategorier. Variablene stilles sammen i hypoteser, som testes mot data. Variabler er middelet, gir talldata, tar sikte på måling. En systematisk metode for å samle inne data fra et utvalg personer for å gi en statistisk beskrivelse av den populasjon utvalget er hentet fra.” (Ringdal K, 2001:107)

Kvantitativ metode ble valgt da jeg ønsket å åpne opp for at så mange som mulig kunne delta i undersøkelsen. På denne måten søker jeg å få tydelig fram det jeg presenterte i problemstillingen; hvilket av alternativene som representerte høyest nytte målt som en avslørt betalingsvilje blant respondentene, og hvilken type oppfølging de ønsket etter fødsel. Det ble lagt vekt på at et av hovedspørsmålene skulle dreie seg om betalingsvillighet, da dette er en målemetode for å få frem respondentenes mening om nytten av en tjeneste. Et annet hovedspørsmål dreide seg om hvilken type oppfølging den enkelte kunne ønske seg ved en fremtidig fødsel. Spørreskjema og følgeskriv ble utarbeidet i samråd med veileder.

Survey metoden

Metoden brukt her kalles survey. Survey blir i denne kontekst brukt som standardisert utspøringsmetode av et utvalg av personer. Dataene samles inn ved spørreskjema (Ringdal 2001:257). Spørsmålene i denne type spørreundersøkelse kan være både åpne og lukkede. Det ble brukt hovedsaklig lukkede spørsmål, men som avslutningsspørsmål ble det stilt et åpent spørsmål.

Lukkede spørsmål har faste svaralternativer, og denne type spørsmål benyttes blant annet for å registrere demografisk informasjon som f. eks informantens alder, utdanning og yrke. En av fordelene med lukkede spørsmål er at det vil være hurtigere å fylle ut i spørreskjemaundersøkelser. Lukkede spørsmål bidrar også til å standardisere ved at respondentene får de samme svarkategoriene å velge mellom. Lukkede spørsmål med dertil hørende svar gjør det lettere å analysere svarmaterialet, noe som kommer fram i neste kapittel. I åpne spørsmål kan respondenten selv formulere sine svar. Ved en slik form kan man få frem andre momenter enn det som kommer fram i de standardiserte (lukkede) spørsmålene. I denne undersøkelsen er det som tidligere nevnt kun ett åpent spørsmål. I henhold til kapittel 5 har respondentene valgt både å svare utfyllende på det åpne spørsmålet og å komme med egne kommentarer i feltet ved siden av rubrikken man skal krysse av. Dette gir litt mer utfyllende informasjon i forhold til tanker rundt det ene eller det andre alternativet. I forbindelse med gjennomgang av svarene fra spørreundersøkelsen foretrakk også enkelte av respondentene å føye til kommentarer ved siden av rubrikkene hvor det var markert for lukkede spørsmål.

Feilkilder

Ringdal (2001:277) sier at det er enkelte feilkilder en skal være oppmerksom på når det gjelder survey metoden. Slike feilkilder kan forekomme både under utvalg, frafall, arbeidsprosessen, reliabilitet og validitet. I det følgende blir dette omtalt.

Utvalg og frafall

Når det gjelder utvelgelsen av enhetene, er det i denne undersøkelsen valgt å spørre kvinner i fertil alder. Deltakerne er mellom 24 – 40 år. De spurte er hjemmehørende i Nordhordland (se kart, vedlegg s x). Enkelte av disse kommunene er forsteder til Bergen, mens andre er rene

distriktskommuner. Derfor er utvalget både aldersmessig og geografisk mangfoldig samtidig som de er i den produktive alder. Det er ikke anmerket noen form for svakheter med dette utvalget. I kapittel 1 ble utvalget beskrevet og i slutten av kapittel 2 ble prosjektet med hjemmebesøk av distriktjordmor i Nordhordland omtalt. I denne studien har jeg valgt å foreta en empirisk undersøkelse blant gravide flergangsfødende som bor nord for Bergen, nærmere bestemt i Nordhordland, hvor følgende kommuner er representert: Meland, Austrheim, Masfjorden, Lindås, og Radøy. Årsaken til at spørreundersøkelsen skulle inkludere kun flergangsfødende var at de hadde allerede vært gjennom barseltiden, slik at spørsmålene som ble stilt ikke var helt fremmed for dem, selv om de hadde hatt forskjellig type oppfølging i barseltiden. Noen kunne en tenke hadde vært med i hjemmebesøksordningen da den enda eksisterte, eller de hadde hørt om den av andre, enkelte av respondentene hadde vært til poliklinisk oppfølging på sykehuset, mens atter andre hadde hatt et ordinært barselopphold med flere dagers liggetid.

Da undersøkelsen pågikk var det følgelig ikke tilbud om hjemmebesøk av jordmor. Barselkvinner og nyfødte i Nordhordland som dro tidlig hjem, fikk oppfølging på Kvinneklinikken for poliklinisk oppfølging.

”I spørreskjemaundersøkelser er det mest vanlig med høyt frafall. Dersom frafallet er større enn 50 %, kan en stille spørsmål ved om utvalget kan ses som representativt for populasjonen” (Ringdal 2001:277)

Denne undersøkelsen hadde en svarprosent på 50 %, som er akseptabelt. Spørreskjema ble delt ut sammen med ferdig frankert konvolutt i forbindelse med svangerskapskontroll. En vet at slike konsultasjoner omfatter mye på kort tid. Det var ikke noe form for purressystem direkte til respondentene, og derfor var det lett for den enkelte å ha forlagt skjemaet og dermed glemme å svare på undersøkelsen. Videre kan en tenke at det å dele ut skjema personlig, slik det er gjort i denne undersøkelsen, kan påvirke respondentene i forhold til hva de skriver ved utfylling av skjemaet eller om de i det hele tatt er villig til å være med i undersøkelsen på tross av at den var anonymisert. Andre faktorer som kan virke inn ved utdeling av spørreskjemadele kan være om de liker eller ikke liker vedkommende, og ved det lar være å fylle ut skjemaet.

4.2

Arbeidsprosessen med spørreundersøkelsen

Våren 2007, før selve skjemaene var ferdig utarbeidet, foretok jeg et møte med jordmødrene i distriktene for å informere dem om selve undersøkelsen. Jeg kjente til at distriktsjordmødrene i Nordhordland for en del år tilbake foretok hjemmebesøk (se kapittel 2). Jeg fant det derfor interessant å foreta spørreundersøkelsen i dette distriktet, noe jordmødrene jeg var i kontakt med stilte seg positive til. Høsten 2007 gikk med til selve utformingen av spørreskjemaet og følgeskriv. Spørreskjema og følgeskriv er vedlagt.

Deretter sendte jeg ut en uformell forespørsel til den enkelte leder for hver kommune via e-post. Samtlige av lederne samtykket til en slik undersøkelse. Spørreskjemaene, følgeskriv og ferdig frankert konvolutt ble trykket opp og levert den enkelte jordmor etter godkjenning av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) forelå (vedlegg B). Skjemaene ble delt ut i forbindelse med svangerskapskontrollene, like etter påske 2008. Det tok tid før de 35 svarene forelå. Hindringer som høytidsdager og ferieavvikling hos jordmødrene hadde en viss innvirkning, og siden dette var en anonym undersøkelse, hadde jeg få puresystemer. Jeg valgte å informere jordmødrene via e-post om antall innkomne skjema for å prøve å motivere dem til å få flere respondenter. I slutten av oktober 2008 hadde jeg mottatt 35 svarskjema.

Presentasjon av selve spørreskjemaet

Selve spørreskjemaet består av 13 spørsmål hvor 12 er lukkede og ett er åpent. Definisjon på åpne og lukkede spørsmål er nevnt tidligere i dette kapittel. Spørsmålene med svar blir presentert under resultatdelen (kapittel 5). Hensikten med noen av spørsmålene var å innhente informasjon om sentrale forklaringsvariabler (enheter) for valgsituasjoner som for eksempel sivil status (enten samboer eller ektefelle), alder, barn, inntekt, utdanning og reisevei fra hjemmet til Kvinneklinikken. Variablene er viktig bakgrunnsinformasjon om respondentene, faktorer som har betydning både for betalingsvillighet og vurdering av oppfølging etter fødsel. Videre var det interessant i å se om svarene var forskjellig etter alder, inntekt, utdanning og reisevei.

Et annet hovedspørsmål innbefattet hvilken oppfølging den enkelte ønsket etter en fremtidig fødsel. Hensikten med dette spørsmålet var å få frem hva brukerne selv ønsket.

4.3

Etikk

Da selve spørreskjemaet og følgeskriv var ferdig i begynnelsen av 2008, ble det sendt søknad om behandling av personopplysninger til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Skriftlig svar kom april 2008 med følgende ordlyd:

”Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens § 31 og 33” (se vedlegg s y).

Jeg avklarte i samme tidsrom med REK (Regional Etisk Komité) at siden dette var en anonym spørreundersøkelse, falt denne undersøkelsen ikke inn under deres kriterier for behandling. Norsk data for personvern (NSD) mottok mitt meldeskjema om undersøkelsen den 11.2.2008 (vedlegg 2 og 3)

4.4

Reliabilitet og validitet

Avslutningsvis i dette kapittel vil jeg ta for meg om undersøkelsen er reliabel og valid.

”Troverdighet går på om forskningen er utført på en tillitvekkende måte. Bekreftbarhet knyttes til kvaliteten i de tolkninger som gjøres” (Ringdal 2001:247)

I forskning er det viktig å teste om det en måler er av god kvalitet, en kvalitetsikring i vitenskapelige undersøkelser, (Ringdal 2001:166). Følgende definisjon er valgt på reliabilitet:

”Reliabilitet går på egenskaper ved de empiriske indikatorer,” (Ringdal 2001:168).

Reliabilitet handler om at gjentatte målinger med samme måleinstrument gir samme resultat, altså hvor godt det måler det en ønsker å måle. ”Det går generelt på målefeil.” (Ringdal, s.247). Det hadde i denne forskningen vært interessant å gjennomføre spørreundersøkelsen en gang til, både i samme region og i en annen region etter en viss tid. Imidlertid har dette ikke latt seg gjennomføre med hensyn til tidsrammen for denne oppgaven. Likeledes hadde det

vært på sin plass med et pilotprosjekt i forkant av selve spørreundersøkelsen. Dette har heller ikke latt seg gjennomføre.

Variablene som er valgt og den utregningen som er utført, er relevante for denne konteksten. Betalingsvilje ved den enkelte oppfølging er målt og variablene tydeliggjør budskapet i analysen og kildene i undersøkelsen er pålitelige.

Validitet (gyldighet) er en annen faktor som er viktig i forbindelse med en slik undersøkelse. Følgende definisjon er valgt på validitet:

”Om en faktisk måler det en vil måle. Spørsmålet om validitet må alltid referere til den teoretiske sammenheng begrepet brukes i.” (Ringdal, 2001:168)

Validitet er mer generelt enn reliabilitet og det viktige spørsmålet en må stille i denne sammenheng er: *”har jeg fått tak i data som er dekkende for det jeg ønsker å undersøke?”* (Everett, Furseth: 2006:136).

”Validitet går på relasjon mellom indikator og teoretisk begrep.” Ringdal (2001:168).

Høy reliabilitet er en forutsetning for høy validitet. En kan si at reliabilitet er et rent empirisk spørsmål, mens validitet krever i tillegg en teoretisk vurdering. Spørsmålet må alltid henvise til den teoretiske sammenhengen begrepet brukes i, se på om det som er målt henger sammen med teorien. Spørreundersøkelsen samsvarer med selve konteksten. Enkelte svakheter kan forekomme, både når det gjelder reliabilitet og validitet. Pettersen og Bjørnenakk (2005:78) sier at ”noe av kritikken mot betalingsvillighet ikke tar hensyn til betalingsevne og det kan derfor medføre sosiale skjevheter”. Dermed kan svarene på betalingsviljespørsmålet være farget av husholdningens inntekt. Et annet moment Bjørnenakk (2005:78) peker på er at det ikke er uproblematisk å oversette ”verdien av helsegoder til økonomiske begreper”. Siden denne forskningen kun ser på nytteeffekten ved to oppfølgingsalternativer i form av et betalingsviljespørsmål, er det mindre komplisert enn om man setter livsviktige behandlingsalternativ opp mot hverandre.

Kapittel 5 – Resultater

Respondentenes svar – Resultater og kommentarer

5.1

Jeg vil i dette kapittelet starte med skjematisk framstilling av bakgrunnen til de som var med i undersøkelsen, fordi dette gir en oversiktlig presentasjon av de enkelte variablene.

Alderen til de som var med i undersøkelsen, fordeler seg på følgende måte:

Aldersfordeling

Aldersgruppe	20år – 25 år	26 år - 30 år	31 år – 35 år	36 år – 40 år
Respondenter	7	13	11	4

Aldersfordeling viser at gjennomsnittsalder på de spurte kvinnene var på 30,4 år

Når det gjelder hvor mange barn de spurte hadde, (spørsmål 1) fordeler dette seg på følgende måte:

Barn

Respondenter	19	10	2	1	1	1	1
Antall barn	1	2	3	4	5	6	7

Gjennomsnittlig hadde de 1,46 barn.

På spørsmålet om husholdningsinntekt svarte den enkelte:

Inntekt

	< Kr.200 000	Kr.200 000- kr.500 000	Kr. 500 000 – 1 million	>1 million kroner
Respondenter	ingen	13	21	1

Når det gjelder inntekt til utvalget ser en at de fleste (21 respondenter) har en husholdningsinntekt mellom kr. 500 000 – 1 million.

Reisevei: fra hjemmet til sykehus (Kvinneklirikken)

30 minutter	40 -45 minutter	60 minutter
17 responder	2 responder	16 responder

I forhold til reisevei var gjennomsnittet på 40 - 45 minutter en vei fra Kvinneklirikken til hjemmet.

På spørsmålet om hvilken utdanning responderne hadde, fordelte svarene seg slik:

Utdanning

Grunnskole	Videregående	Høyere utdanning
3 responder	12 responder	20 responder

Utdanningsnivået viser at 2/3 kom under kategorien med høyere utdanning, det vil si utdanning ut over videregående skole. I følge Statistisk sentralbyrå hadde 34 % av befolkningen i Norge høyere utdanning (2009). Det er i denne sammenheng viktig å bemerke at det i Nordhordland er en større andel med høyere utdanning enn ellers i landet. Selv om resultatene ikke er fra samme tidsrom, som da undersøkelsen pågikk er det viktig å være oppmerksom på under vurderingen av spørreundersøkelsens utvalg.

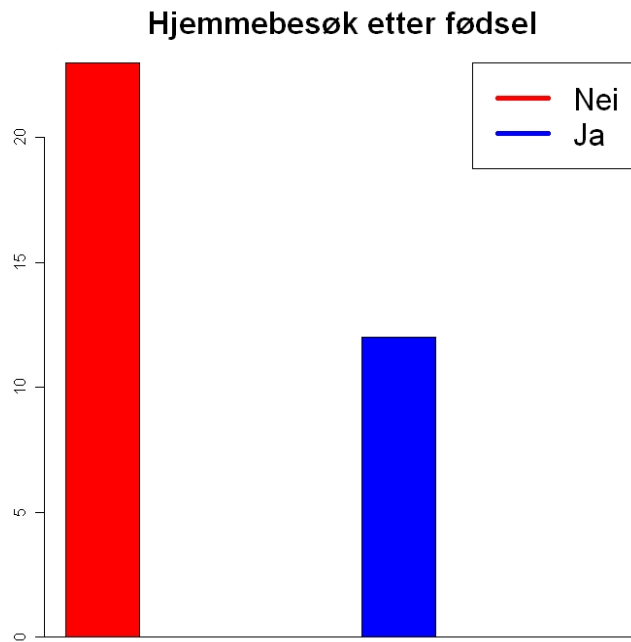
5.2

Antall som har hatt hjemmebesøk / poliklinisk oppfølging.

Siden denne undersøkelsen var gjort i Nordhordland, var det interessant å få vite hvor mange av responderne som hadde fått oppfølging av jordmor i hjemmet og hvor mange som hadde vært på sykehuset for kontroll. Det er igjen viktig å bemerke at det i kapittel 4 var beskrevet at utvalget var flergangsfødende, fordi det var i denne undersøkelsen viktig kjent med barselopphold, enten i form av poliklinisk oppfølging eller besøk i hjemmet av jordmor. Jeg har valgt å systematisere svarene i stolpe diagram.

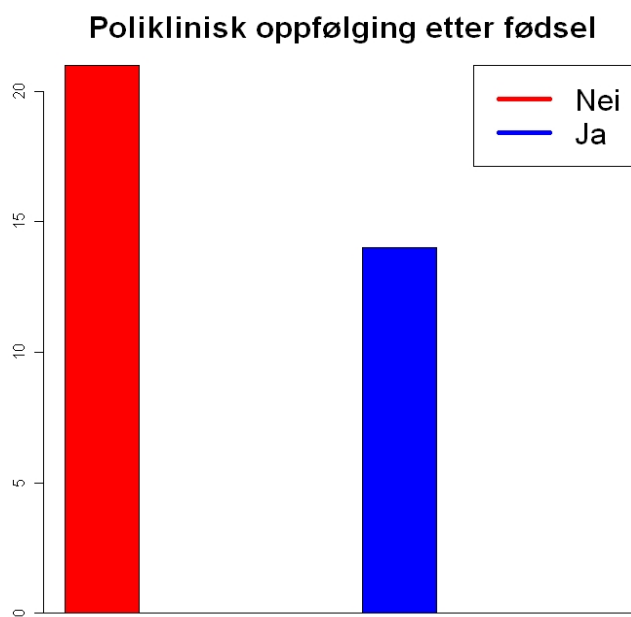
Figuren 6 gir svar på hvor mange som fikk hjemmebesøk. Av 35 responder har 12 hatt hjemmebesøk og figur 7 viser at 14 fikk poliklinisk oppfølging

Spørsmål 2: ”Fikk du besøk av jordmor i eget hjem første uken etter fødsel?”



Figur 6.

Spørsmål 3: ”Var du til poliklinisk oppfølging hos jordmor på kvinneklinikken første uken etter fødsel?”



Figur 7

På spørsmål om oppfølging etter fødsel ser en av disse to figurene at de fleste har hatt poliklinisk oppfølging på Kvinneklubben. De resterende ni, som ikke har svart på spørsmålene om poliklinisk oppfølging eller hjemmebesøk, kan en anta har vært inneliggende på barselavdelingen lengre og dermed har de nødvendige kontrollene blitt utført på sykehus før de ble skrevet ut.

5.3

Tilfredshet med oppfølging på Kvinneklubben og hjemmebesøk

Undersøkelsen innbefattet også spørsmål om tilfredshet hos den enkelte respondent i forhold til det å få oppfølging poliklinisk på sykehuset av jordmor eller hjemmebesøk av jordmor. For å få frem dette ble følgende spørsmål stilt: "Hvor fornøyd var du med denne tjenesten?".

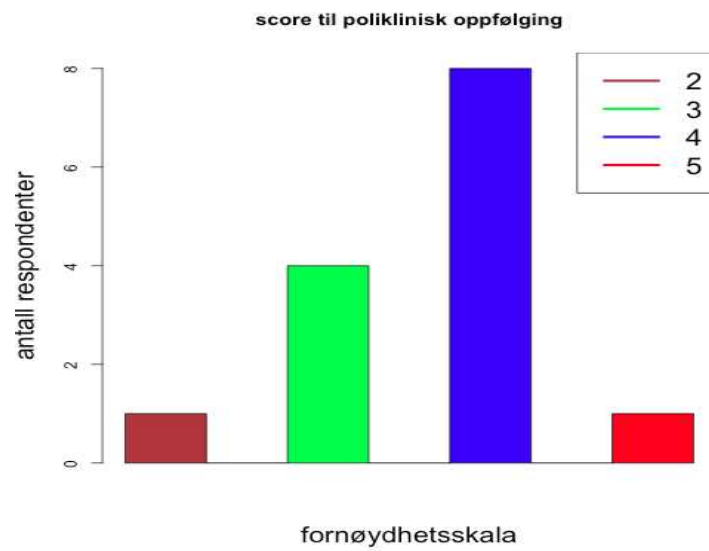
Respondentene skulle sette kryss i den ønskede rubrikk, fra 1 til 5, hvor 5 var mest fornøyd.

Svarfordelingen er beskrevet i figur 8 og 9, kommentarer til figurene kommer etter figur 9.

Det er verdt å bemerke at det å bruke ordet fornøyd bare vil gi en pekepinn på om den enkelte stiller seg positiv til den ene eller andre type oppfølging, for å få frem budskapet er begrepet fornøydhetsskala brukt. Svarfordelingen blir presentert ved stolpediagram. Diagrammene blir først presentert, for deretter å kommentere disse samlet.

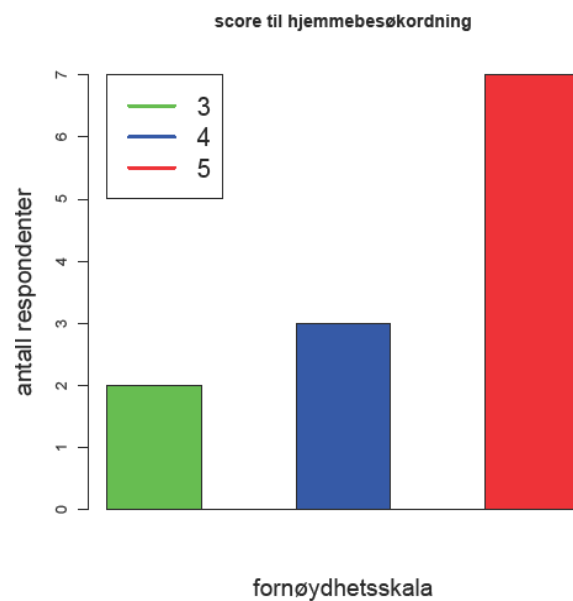
Totalt har 14 respondenter svart, disse ga følgende karakter: en respondent krysset av i rubrikk 2, fire krysset av i rubrikk 3, åtte respondenter i rubrikk 4 og en respondent 5.

Følgende stolpediagram viser dette:



Figur 8

Diagrammet figur 4 viser at totalt 12 respondenter har svart på dette spørsmålet, og dette fordeler seg slik: to respondenter krysset av på 3, i rubrikken 3 var det to respondenter som krysset av, i rubrikken 4 var det tre og syv respondenter var mest fornøyd (5).



Figur 9

En ser at de to figurene er ulike mht svarfordeling. Det er flest respondenter som gir best vurdering i forhold til hjemmebesøk. Det er kun en som gir maksimalt (5) for poliklinisk oppfølging, åtte som gir nest best (4) til poliklinisk oppfølging. Ingen av de to oppfølgingsalternativene får den dårligste evalueringen (1). Av dette materiale er det flere som er mest fornøyd i forhold til hjemmebesøk.

5.4

Undersøkelse av betalingsvillighet for hjemmebesøk og ved poliklinisk oppfølging på Kvinneklinikkiken

I kapittel 3 ble anvendelsen av teorien bak avsløring av betalingsvilje beskrevet. Nytteverdien ved et tiltak ble forklart. Under dette avsnittet presenteres svarene på spørsmålene 6a: ” Ved et hjemmebesøk av jordmor, hvor mye er du villig til å betale for et slikt besøk?” og ”6b: ”Ved oppfølging på Kvinneklinikken, hvor mye er du villig til å betale?”.

Spørsmål 6a:

I spørreskjemaet som omhandler betalingsvillighet blir respondenten gitt følgende alternativ:

”Ved et hjemmebesøk av jordmor hvor mye er du villig til å betale for et slikt besøk?”

Respondenten kan velge mellom alternativene 0 kroner, 100 kroner, 200 kroner 300 kroner, 400 kroner og 500 kroner. Resultatene av dette spørsmålet ga følgende fordeling:

To respondenter var villig til å betale kr. 500.

Én var villig til å betale kr. 400.

Fem var villig til å betale kr. 300.

Elleve var villig til å betale kr.200.

Fire respondenter var villig til å betale kr. 100.

Åtte var ikke villig til å betale i det hele tatt.

Det er interessant å notere at majoriteten var villig til å betale koner 200,- eller mer. Samtidig ser en at åtte stykker ikke var villige til å betale noe.

Spørsmål 6b:

I spørreskjemaet som omhandler betalingsvillighet blir respondenten gitt følgende alternativ:

”Ved oppfølging på Kvinneklubben, hvor mye er du villig til å betale”?

Respondenten kan velge mellom alternativene 0 kroner, 100 kroner, 200 kroner 300 kroner, 400 kroner og 500 kroner.

Følgende svarfordeling:

To respondenter som svarer at de er villig til å betale kr. 500.

En respondent er villig til å betale kr. 400.

Tre respondenter er villig til å betale kr. 300.

Tre er villig til å betale kr. 200,

Tre er villig til å betale kr. 100, mens tjue to ikke er villig til å betale noe.

Videre er det noen som ikke har svart på spørsmålet i det hele tatt.

Hjemmebesøk versus oppfølging på Kvinneklubben (spørsmål 6 a og 6 b)

Denne spørreundersøkelsen hadde, som tidligere beskrevet, som målsetting å få frem om det var forskjell mellom de to behandlingsalternativene når det gjelder betalingsvilje.

Gjennomsnittsbetalingen ble regnet ut for henholdsvis hjemmebesøk og Kvinneklubben.

Utrekningen ble gjort i regnearket excel som er vedlagt (vedlegg 6). Gjennomsnittet for betalingsvilligheten var for hjemmebesøk (spørsmål 6a) kr. 177,- med et tilhørende standardavvik på 137,-.

Gjennomsnittet for betalingsvilligheten var for oppfølging på Kvinneklubben (spørsmål 6 b) kr.71,87, med standardavvik på 127,-.

Denne forskjellen kan tyde på at det er større betalingsvilje for hjemmebesøk av jordmor. De fleste ønsker denne oppfølging etter fødselen, og som det er forklart under kapittel 3, vil en dermed konkludere med at de fleste ser størst nytte ved denne ordningen. En skal være oppmerksom på at ved reise til Kvinneklubben kommer reiseutgifter i tillegg. Dermed er kanskje dette også uttrykk for størst betalingsvilje for hjemmebesøk.

5.5

A:

Oppfølging hjemmebesøk - korrelasjon og betalingsvilje

Etter at svarene på betalingsvilje foreligger, er det nyttig å se på korrelasjon mellom de enkelte variabler og betalingsvilje. Følgende definisjon er valgt:

”Korrelasjon: Samvariasjon mellom variabler på ordinal-, intervall eller forholdstallnivå”. (Ringdal 2001: 463)

Ved utregningen av korrelasjon får man fram verdier på hvordan de enkelte variabler forholder seg til hverandre. I dette tilfellet betalingsvilje og reisevei, betalingsvilje og inntekt og betalingsvilje og alder. Dette er interessant da en kan tenke at det for eksempel er større betalingsvilje for de som bor nærmest Kvinneklubben enn de som lengst vekk (60 minutter). Derfor ble korrelasjon regnet ut og valgene ble gjort i forhold til inntekt, reisevei og alder. Alle svarene ble lagt inn i et regneark (vedlegg 6).

I forbindelse med utregningen av reisevei er den eksakte valgt, som for eksempel 45 minutter. I forbindelse med inntekt ble verdien 250 000 brukt for de av respondentene som tjente under kr. 500 000, de som tjente mellom kr. 500 000 og 1 million ble verdien 750 000 valgt og for de som tjente over 1 million er verdien 1 250 000 brukt.

Selve utregningen er lagt inn skjematisk. Følgende svar kom frem i denne utregningen:

Korrelasjon hjemmebesøk

Betalingsvilje og reisevei	0,16
Betalingsvilje og inntekt	-0,26
Betalingsvilje og alder	-0,11

Betalingsvilje og reisevei viser lav grad av samvariasjon eller liten samvariasjon. Det viser seg at alle uten en av respondentene disponerer bil og reisetiden til Kvinneklubben varierer

fra en time til 30 minutter. Når det gjelder korrelasjon mellom betalingsvilje og inntekt ser man at denne er på $-0,26$. Her kunne en tenke seg at den som tjener mest, altså mellom kr. 500 000 og en million eller over en million er villig til å betale mer for hjemmebesøk, men interessant nok viser det seg ikke å stemme.

Korrelasjon mellom alder og betalingsvillighet er $-0,11$. En kan tenke seg her at de som er 40 år er mer villig til å betale for hjemmebesøk enn de som har en alder på 24 år. Kanskje en på 24 år føler det lettere å dra ut av huset med en nyfødt for kontroll framfor en som nesten er dobbelt så gammel? Som svarene tilsier er dette ikke tilfellet. Kanskje det å få barn i seg selv medfører så store endringer i en livssituasjon at alder, altså om man er 24 år eller 40 år ikke spiller noen rolle?

B:

Oppfølging kvinneklinikken - korrelasjon og betalingsvilje

Ved utregningen av korrelasjon mellom variablene oppfølging på kvinneklinikken og reisevei, inntekt og alder er også her korrelasjonskoeffisienten regnet ut fra det vedlagte regnearket.

(x). Følgende svar viser i denne utregningen:

Korrelasjon Kvinneklinikken

Betalingsvilje og reisevei	0,13
Betalingsvilje og inntekt	-0,007
Betalingsvilje og alder	0,02

Som en ser på oversikten er korrelasjon for betalingsvilje og reisevei 0,13. Dette er ingen stor korrelasjon. Korrelasjon mellom betalingsvilje og inntekt er som en ser $-0,007$, størrelsen på inntekten synes med andre ord å ha svært lite å si for betalingsvilligheten. Betalingsvillighet og alder er 0,02.

Diskusjon

Begge oppfølgingsalternativene har lav samvariasjon med den enkelte variabel (reisevei, inntekt og alder). En kunne tenke seg at de som bodde lengst borte fra Kvinneklinikken også var de som var villig til å betale mest for hjemmebesøk, således at de som har 30 minutters kjøretid til Kvinneklinikken oppfattet reiseveien som et mindre problem og derav hadde

mindre betalingsvilje. Undersøkelsen gir ikke dekning for dette. Den delen som omhandler betalingsvilje og inntekt er interessant, fordi man innen økonomisk teori sier at betalingsvilje øker med inntekt ("Income elasticity", Folland et al 2006:177) . Da dette ikke støttes i denne undersøkelsen, kan en tenke at respondentene har vektlagt nytteeffekten ved det ene eller andre oppfølgingsalternativet framfor å legge ren økonomisk tankegang til grunn når de har svart på spørsmålet.

Avslutningsvis til denne delen av kapittelet 5 vil jeg trekke fram kommentarer som kom fram i svarskjemaene:

"Det vil ha kosta både kroner og krefter å reisa inn att på KK etter fødselen, difor ville me vore villige å betale for å få tatt prøven heima".

"I den situasjon ville jeg betale mye. Et kjempebra "tiltak" som hadde vert til stor hjelp for oss fødende i distriktet".

"Mye stress langt å kjøre" og "ønsker ikke betale for å reise langt fra hjemmet kun en uke etter fødsel".

"Det er et viktig tilbud å få jordmor heim, istadenforå måtte dra ein nyfødt baby og sliten mor ut til poliklinisk time på KK".

"Man må jo betale for reisen(bensin, bompenger) og parkering".

"Eg personlig kunne betalt for heimebesøk, men er i mot egenbetaling, skal bli innført i forhold til graviditet og fødsel. Det kan ramme urettferdig alt ettersom kva sosialt lag ein kjem frå."

"Hvis noe opplevdes vanskelig – da hadde jeg i alle tilfelle vært villig til å betale for det (kr.200), altså hjemmebesøk".

"Bør være gratis tilbud til alle fortsatt. Viktig forebygging"

"Oppfølgingen både på Kvinneklinikken og hjemmebesøket bør likestilles med svangerskapskontroller".

"Oppfølgingen på Kvinneklinikken upersonlig oppfølging mer plikt enn glede / nytte".

"Var på KK den første uken for å ta Følling, spurte da om amming og lignende. Kanskje det var en jordmor – husker dessverre ikke. Var vel mest opptatt av babyen".

"Var ganske misfornøyd med oppfølging på KK, kunne i utgangspunktet reist rett hjem etter fødselen, fordi oppfølgingen var lik null".

”Oppfølging på KK var mer plikt enn glede/nytte”.

”Hjemmebesøk er ikke et stort behov, tenker uansett det burde være gratis.”

”Synes det er like greit å stille på sykehuset”.

”Vil gjerne legge til at jeg nå har svart ut fra min situasjon pr. dag. Jeg vil presisere at det var en grei ordning med hjemmebesøk, synes vi skulle hatt tilbudet fortsatt”.

”Også greit for barselavdelingen at vi kan reise hjem når vi er klar til det, istadenfor å vente eit ekstra døgn der for å unngå å måtte reise tilbake for poliklinisk time”.

Da dette er en kvantitativ undersøkelse er det interessant at så mange av respondentene uttaler seg. I forbindelsen med bearbeiding av materialet slo det meg at med så mange uttalelser fra de som ble spurt, hadde det vært grunnlag for å utvide undersøkelsen med kvalitativ metode, altså triangulering. (Ringdal 2001:115), men på grunn av oppgavens begrensning kan dette ikke la seg gjennomføre. Derfor kommenteres sitatene mer generelt.

I merknadene som kom frem i svarskjemaene ser vi de fleste omtaler hjemmebesøk positivt, altså indikerer det høy vurdering av nytte. Samtidig skriver noen at de vurderer en oppfølging på Kvinneklinikken som ”like greit”, altså opplever de det helt uproblematisk uavhengig av den ene eller andre oppfølgingsalternativet. En respondent tar hensyn til sykehuset/ barselavdelingen, ved tidlig hjemreise og hjemmebesøk, altså at det kan være en fordel for barselavdelingen at barselkvinner drar tidlig hjem, og får besøk i hjemmet av jordmor.

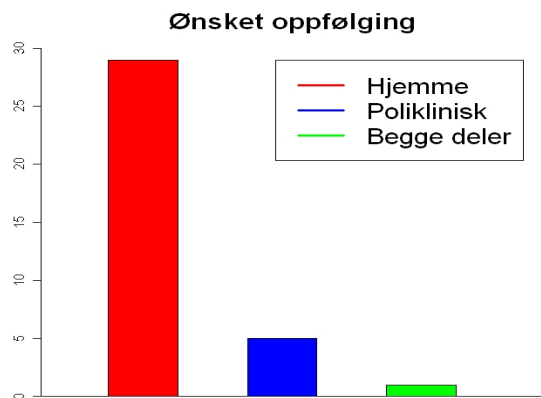
5.6

Ønsket oppfølging ved en fremtidig fødsel

Spørsmål 5 lyder som følger:

”Ved en fremtidig fødsel vil du foretrekke hjemmebesøk eller poliklinisk oppfølging på Kvinneklinikken?”

Figur 10 viser at svarene fordeles på følgende måte. Antall: 29 hjemmebesøk, 5 antall poliklinisk oppfølging på KK og 1 respondent kunne tenke seg både hjemmebesøk og oppfølging på Kvinneklinikken.



Figur 10

Flertallet av de spurte ønsket hjemmebesøk av jordmor etter en fremtidig fødsel. Dette svaret er interessant da det i forbindelse med kvalitet i helsevesenet er anbefalt å spørre bruker. En del av kvalitetsreformen handler om å lytte til aktørene det gjelder. Fokus i dette spørsmålet var rettet mot brukerne av selve tjenesten og med det la denne gruppen få uttale seg om hva de ønsker. I kapittel 1 ble både St. 47 2008-2009 "Samhandlingsreformen" og St. 12 2008 – 2009 "En gledelig begivenhet" nevnt. Begge er samstemt i at primærhelsetjenesten skal utvikles og styrkes, slik at oppgaver som er egnet for denne sektoren skal behandles akkurat på dette nivå. Dermed er en oppfølging etter fødsel for friske nyfødte og deres mødre nettopp en gruppe, som her er egnet for oppfølging på dette nivå.

Neste kapittel vil drøfte resultatene fra spørreundersøkelsen.

Kapittel 6 - Diskusjon

6.1

I dette kapittelet vil jeg drøfte resultatene som kom frem i spørreundersøkelsen og se på disse i forhold til respondentens betalingsvilje, for de to ulike oppfølgingsalternativer. Det interessante er om vi har fått svar på forskningsspørsmålet: ”Hvilken oppfølging kvinner i Nordhordland ønsker etter fødsel?” Resultatene skal belyse dette, men jeg har valgt i denne vurderingen først å komme med en generell vurdering, deretter blir den ene variabelen, som har med utdanning å gjøre, drøftet, for så se på selve forskningsspørsmålet. Avslutningsvis vil vi kort omtale innvendinger, som er reist mot selve betalingsvillighet som prinsipp.

Årsaken til at denne problemstillingen er reist, var som vi så i kapittel 2 at liggetid er kortet ned. Store pleiekostnader kan være en av forklaringene, som beskrevet i kapittel 3. Med denne bakgrunn er altså kostnadsstyngden en av mulige fortolkninger på at liggetid for barselkvinner og nyfødte er redusert. For helsemyndighetene er det et stadig tilbakevendende diskusjonstema hvordan prioritere helsekronene. Et av tiltakene for å bruke ressursene mer effektivt innen spesialisthelsetjenesten, har vært å behandle flere pasienter poliklinisk, noe som også gjelder friske barselkvinner og nyfødte (kapittel 3). Endringen innen organiseringen av oppfølgingen etter fødsel ble omtalt innledningsvis og under kapittel 2. Kapittel 2 viste også til forskning som peker på at kort liggetid på barsel kan føre til sykелighet og reinnleggelse av de nyfødte (Ellberg et al og Tjora et al), dersom oppfølging av den nyfødte ikke er av god kvalitet. Det er i denne oppgaven satt likhetstegn mellom de to oppfølgingsalternativene med hensyn til kvalitet. Ingen av respondentene beskrev det ene eller andre oppfølgingsalternativ som mindre bra. Under kommentarene var det andre moment enn kvalitet ved den enkelte tjeneste som kom fram. Dermed opplevde respondentene de to oppfølgingsalternativene, som like sikre både for den nyfødte og for barselkvinnen.

En variabel som ikke kan stå uten at det blir kommentert er utdanningsnivået til utvalget. Vi så i kapittel 5 at det er relativt mange med høyere utdanning. I følge Statistisk sentralbyrå (Statistisk sentralbyrå frigitt 25.juni 2020) er det flest med høyere i utdanning i de store byene. I dette tilfellet er altså dette utvalget, som en befolkning fra en stor by å regne. Noe som i utgangspunktet ikke var tiltenkt, tanken var å foreta en undersøkelse i distrikt Norge. Men Nordhordland har i de siste årene blitt ett distrikt med øket befolkningstilvekst og det har

etter hvert blitt en forstad til Bergen. Med denne bakgrunn er det derfor interessant med utvidet forskning på feltet, slik at større deler av befolkningen blir inkludert.

Når det gjelder selve spørsmålet om betalingsvilje uttalte noen få respondenter at de var mot en innføring av egenbetaling. Tross at følgende var presisert i følgeskrivet (vedlegg N) som ble utdelt sammen med spørreskjema:

”Selv om et av spørsmålene handler om betaling, betyr det ikke at det vil bli innført egenandeler på denne oppfølgingen. Men ”betalingsvillighet” kan være en indikator på hvor mye en verdsetter en tjeneste.”

Men flesteparten svarte på spørsmålene vedrørende betalingsvilje, på en slik måte at nytten ved helsegode kom til uttrykk (Pettersen og Bjørnenakk 2005:79). Teorien fra kapittel 3 gir bakgrunn for at resultatene fra spørreundersøkelsen er målbare, og kan brukes slik det var tenkt i forhold til det å måle nytteeffekten i form av betalingsvilje-spørsmålet. Noe som underbygges i utregningen av korrelasjon. Fordi vanligvis innen økonomisk teori (kapittel 5.5) øker betalingsvilje med inntekt, noe som ikke er tilfellet her.

I slutten av kapittel 5 ble kommentarene fra det åpne spørsmålet ble presentert. I vurderingen av det enkelte oppfølgingsalternativ begrunnet respondentene for den enkelte oppfølging, med som parkeringsutgifter, bompengeutgifter, bensin og sist, men ikke minst tidsbruk i form av å sitte i bilkø. Ingen kommenterte at det ene eller andre oppfølgingsalternativ var mer risikofylt.

Når det gjelder forskningsspørsmålet har vi i denne undersøkelsen fått et klart svar på hva respondentene ønsket. De fleste kvinnene ønsket hjemmebesøk av jordmor etter fødsel. Noe som kan tyde på at det for dem ligger en positiv vurdering av dette tilbudet, og at de føler seg ivaretatt med hensyn til at den nyfødte får den oppfølging etter fødsel som er nødvendig.

Noen av vurderingene som lå til grunn er beskrevet i starten av dette kapitlet. Slik som reisevei, betale parkering osv. I utregningen av hjemmebesøk versus oppfølging på Kvinneklinikken var det størst betalingsvilje ved hjemmebesøk (kapittel 5).

De av kvinnene som hadde fått hjemmebesøk var de fleste fornøyd med dette tilbudet. (figur 5 i kapittel 5).

Betalingsviljen til poliklinisk oppfølging på kvinneklinikken, var som vi har sett liten. En kunne tenke at det å få oppfølging på Kvinneklinikken representerte et tryggere alternativ, dette var ikke tilfellet. Derimot var det en som hevdet at belastningen for sykehuset ville være mindre, dersom det var kort liggetid og oppfølging etter fødsel ble utført av jordmor i distriktet.

Noen av innvendingen mot betalingsvillighet er at det kan føre til sosiale skjevheter, dersom enkelte har lav ”betalingsevne” (Pettersen og Bjørnenakk 2005). Men i denne oppgaven faller en slik argumentasjon vekk, da dette er en ren vurdering av nytteeffekt ved to likeverdige tilbud. En annen kritikk som er reist mot betalingsvilje, (Pettersen og Bjørnenakk 2005) er i de tilfellene, hvor man setter forskjellige behandlingstilbud opp mot hverandre. Dette er spesielt der man blant annet bruker livsviktige medisiner. Undersøkelsen fra Nordhordland omfatter to typer likeverdige oppfølgingsalternativ for ”friske” personer, og dermed passer heller ikke en slik innvending inn i denne sammenhengen.

6.2

Oppfølging etter fødsel

Spørsmål 5 i spørreskjemaet lyder som følger: ”Ved en fremtidig fødsel vil du foretrekke hjemmebesøk eller poliklinisk oppfølging på KK?”

Det at flertallet ønsker å få besøk av jordmor i hjemmet, og er mest fornøyd med denne oppfølgingen, er også i tråd med tankegangen til Stortingsmelding nr.12 ”En gledelig begivenhet” samt i de nye retningslinjene Sosial- og helsedirektoratet, IS-1179 og ”Retningslinjer for svangerskapsomsorgen” 5/2005, hvor det er skrevet på side 56 at det bør tilstrebes kontinuitet gjennom svangerskap og fødsel. Siden flertallet ønsket hjemmebesøk har jeg derfor valgt å starte med å kommentere oppfølging i primærhelsetjenesten.

Kvalitetsforbedring i helsevesenet er forankret i Sosial og helsedirektoratet (2005) sitt Nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten; ”Og bedre skal det bli ”. Brukermedvirkning er en av mange viktige faktorer i en kvalitetsforbedringsprosess. Brukerne

skal være en del av prosessen, og være med i utformingen av endringer. Spesielt i psykiatrien er det gjennomført stor grad av brukermedvirkning. Dette er mindre vanlig i somatikken. Derfor var det interessant i denne spørreundersøkelsen å fokusere på brukermedvirkning. I Nordhordland er det som nevnt innledningsvis i denne oppgaven et interkommunalt samarbeid. Spørreundersøkelsen er altså fra et distrikt hvor det er god jordmordekning. Alle de spurte gikk til svangerskapskontroll hos jordmor i svangerskapet. Det er en tillitserklæring til jordmødrene fra denne region at kvinnene i undersøkelsen også ønsket oppfølging av jordmor etter fødsel. Det at man for noen år tilbake utførte nødvendige kontroller av nyfødte og barselkvinner er et godt eksempel, som beskrevet i Stortingsmeldingen, på et ”helhetlig pasientforløp”. Derfor kan denne analysen ikke stå alene uten at kvalitet og samhandling blir nevnt, da disse henger nøye sammen. Essensen i spørreundersøkelsen berører både helseøkonomi, kvalitetsforbedring innen helsevesenet.

I skrivende stund er denne ordningen delvis innført på ny, det vil si at barselkvinnene og den nyfødte kommer til helsestasjonen for oppfølging innen den første uken etter fødsel.

Når det gjelder svarandelen på hvor mange som ønsket poliklinisk oppfølging etter fødsel, ser vi (5.6) at de færreste ønsket poliklinisk oppfølging. Det kan være flere faktorer som spiller inn. Dersom spørsmålet hadde blitt stilt til kvinner i en annen region, en annen by osv. vet man ikke om det hadde blitt samme resultat. Dette er ren gjetning, men det kan være avgjørende for den høye andel av de som ønsker hjemmebesøk av jordmor, at de fleste er kjent med jordmor fra svangerskapet og at de enten hadde fått hjemmebesøk av jordmor selv eller hadde hørt om dette tilbudet av andre. Dersom spørsmålet hadde blitt stilt til kvinner, som bor like ved Kvinneklubben, kan det være at flertallet ønsket oppfølging der. Men igjen er dette hypotetisk, og det hadde derfor vært interessant og forsket mer på akkurat dette.

Det var kun en respondent som ønsket oppfølging både på Kvinneklubben og hjemmebesøk av jordmor. Det kan tyde på at hun var fornøyd med begge deler og at det ikke hadde betydning om hun måtte dra ut av huset og hun så nytten ved begge oppfølgingsalternativ.

KAPITTEL 7

Konklusjon

Mine funn viser at det var litt større betalingsvilje for hjemmebesøk og at de fleste ønsket hjemmebesøk av jordmor den første uken etter fødsel, de som hadde hatt besøk av jordmor i hjemmet var svært fornøyd med denne type oppfølging. Resultatet bygger opp under at kvinnene mener jordmor er viktig i primærhelsetjenesten, også den første uken etter fødsel. Undersøkelsen er fra Nordhordland, et distrikt med en jordmordtjeneste som er godt utbygget. Men samtidig så vi at i utvalget av kvinner i undersøkelsen, hadde høyere utdanning enn ellers i landet. Derfor er det viktig med ytterligere forskning, slik at undersøkelser innbefatter gjennomsnittet av denne gruppen kvinner med hensyn til utdanning.

Materialet fra denne undersøkelsen er kun fra et distrikt i Norge. Man bør forske mer på dette tema. Et forslag er å foreta en tilsvarende analyse, men i større omfang, enten i samme distrikt eller i andre kommuner. Det å kombinere kvantitativ og kvalitativ metode på dette feltet vil være gunstig. Gjennom slik forskning vil en få frem resultater som kan gi kvalitativt gode retningslinjer for oppfølging den første uken etter fødsel i Norge i dag.

I påvente av forskning bør helsemyndighetene ta resultatene i denne undersøkelsen på alvor, fordi de er i tråd med anbefalinger både fra ”Samhandlingsreformen” og fra ”En gledelig begivenhet”. Investering i et godt helsetilbud i primærhelsetjenesten er i seg selv forebyggende helsevern.

Referanseliste

Askildsen J. E og Haug K (2001) ”Helse, økonomi og politikk Utfordringer for det norske helsevesenet”, Cappelen Akademiske Forlag

Bjørndal A og Hofoss D (2002), ”Statistikk for helsepersonell”, Universitetsforlaget

Blåka G (2002) ”Grunnlagstenkning i et kvinnefag, Teori, empiri og metode”, Fagbokforlaget

Brown S, Small R, Fabwewr B, Krastev A, Davis P (2002) ”Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants”. The Cochrane Collaboration Cochrane Reviews The Cochrane Library (ISSN 1464-780X) www.cochrane.org/reviews/en/ab002958
Nedlastet 4.11.2008

Cooper M og Fraser D (2003): Myles Textbook for Midwives. 14 the. Edition. Churchill Livingstone. London

Drummond M, Schulpher M, Torrance G, O'Brien B, Stoddart G (2006): ”Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes”, Oxford University Press

Ellberg Lotta, Høgberg U, Lundmann B, Kallen K, Håkansson S og Lindh V (2007), ”BB – vårdens rutiner påverkar den neonatale morbiditet”. Medicinsk access nummer 6 2007.
www.medicinskaccess.se. Nedlastet 14.8.2010

Ellberg Lotta, Hogberg Ulf, Lundman Berit, Kallen Karin, Håkansson Stellan og Lindh Viveca (2008) ”BB – rutiner påverkar sjuklighet hos nyfodda”. www.diva-portal.org/umu/abstract.xsql?dbid=1818 . Nedlastet den 31.10.10

Everett E og Furseth I (2006), Masteroppgaven ”Hvordan begynne - og fullføre”, Universitetsforlaget

Folland S, Goodman A, Stano M (2004), ”The Economics of Health and Health Care, Fourth Edition. Chapter 24: ”Tools of Economic Evaluation”, Pearson Prentice Hall

Eberhard-Gran M, Nordhagen R, Heiberg E, Bergsjø P, Eskild A,

(2003). "Barselomsorg i et tverrkulturelt og historisk perspektiv", Tidsskrift for Lægeforening, nr. 24/18, 2003, 123:3553-6. www.tidsskriftet.no. Nedlastet 18.6.2010

Haugen Heldal I, Berg B (1993) Gjordemor, Jordemor, Jordmor 175 år, Jordmorskolen i Oslo, Jordmorutdanning gjennom 175 år. Lobo grafisk as. Festskrift, som ble utgitt da Norges første jordmorskole feiret sitt 175-års jubileum i 1993.

Hofman B (2010) "Nyfødtscreening – mer skjult tvang?" Tidsskrift Nor Legeforen nr. 3; 130:291-3. www.tidsskriftet.no . Nedlastet den 16.8.2010

Nilsen T, Hoem E (2008) "Jordmor", Dinamo forlag

Nord E (2002), "Helseøkonomi – kort innføring i nytte-kostnads-analyser." Tidsskrift Nor Legeforening 2002;122:2719-22. www.tidsskriftet.no. Nedlastet den 27.9.10

Pettersen J og Bjørnenakk T (2005), "Helse i hver krone", Cappelen akademisk forlag

Ringdal K (2006), "Enhet og mangfold", Fagbokforlaget

Ringstad V (1998), "Samfunnsøkonomi 1, Mikro og markedsøkonomi", Cappelen akademiske forlag

Ringstad V (2002), "Mikro - og markedsøkonomi", Cappelen Akademiske forlag

Tjora E, Reigstad H (2009). "En seks dagers gammel pike med vektnedgang." Tidsskrift Nor Legeforening 2009; 129: 868-9. www.tidsskriftet.no. Nedlastet 2.5.2009

Øgar P, Hovland T (2004), "Mellom kaos og kontroll", Gyldendal Norsk Forlag

Waldenström U, (2006)"Føda barn. Från naturlig till högteknologisk." Karolinska Institut, University press

Offentlige utredninger

Sosial – og helsedepartementet. (1999) Kvinners helse i Norge. NOU 1999:13. Oslo, Statens forvaltningstjeneste

Sosial og helsedirektoratet (2005) Retningslinjer for svangerskapsomsorgen, 5/2005, IS-1179. www.shdir.no

Helse- og omsorgsdepartementet (2008 – 2009) ”En gledelig begivenhet.”, St. melding nr 12, Oslo. www.regjeringen.no/nb/dep/hod.html? Nedlastet 16.2.2009)

Helse- og omsorgsdepartementet (2008 – 2009) Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted- til rett tid. St. melding. nr. 47 Oslo. www.regjeringen.no/nb/dep/hod.html. Nedlastet 7.7.2009

Sosial – og helsedirektoratet (2005) ... og bedre skal det bli! – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial – og helsetjenesten (2005 – 2015). IS-1162, ” Nedlastet 1.10.2006)

www.shdir

Finansdepartementet (1997) Nytte – kostnadsanalyser. Norges offentlige utredning, NOU 1997:27, Statens forvaltningstjeneste Oslo 1997. www.regjeringen.no/nb/dep/fin.htm Nedlastet 25.2.2009

Statistisk sentralbyrå (25.juni 2010), ”Nær halvparten i Oslo har høyere utdanning”. Utdanningsstatistikksnivå i oktober 2009. www.sssb.no/utniv/. Nedlastet 24.11.10

Samdata, Publikasjoner fra Kommunikasjonssystemer, Samdata på nett 2007, nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten. www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-2007/Nokkeltall-2007. Nedlastet 30.11.10

Vedlegg

Vedlegg 1	Kart over Nordhordland
Vedlegg 2 og 3	Godkjenning NSD
Vedlegg 4	Forespørsel om å delta i en spørreundersøkelse
Vedlegg 5	Spørreskjema
Vedlegg 6	Svarsekjema
Vedlegg 7	Spørreskjema 4, Den norske mor-barn undersøkelsen
Vedlegg 8	Liggedager mor
Vedlegg 9	Liggedag barn
Vedlegg 10	Liggedager mor og barn, Medisinsk fødselsregister
Vedlegg 11	Definisjon jordmor
Vedlegg 12	Definisjon barseltid
Vedlegg 13	Utdrag fra Samdata 2002-2007

Kart over Nordhordland





Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Jan-Erik Askildsen
Senter for etter- og videreutdanning
Universitetet i Bergen
Nygårdsgaten 5
5015 BERGEN

Vår dato: 09.04.2008

Vår ref: 18649 / 2 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.02.2008. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 03.04.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

18649
Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

Spesialisthelsetjenesten eller primærhelsetjenesten. Jordmørtjenesten første uken etter fødsel
Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder
Jan-Erik Askildsen
Wenche Nilsen

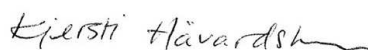
Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema,
http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig. Prosjektet kan settes i gang.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Wenche Nilsen, Eidsvågvei 50, 5101 EIDSVÅGNESET

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no



Det vises til telefonsamtale med student 02.04.08, samt e-post datert 03.04.08.

Personvernombudet finner at det ikke foretas behandling av personopplysninger med elektroniske hjelpemidler eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger.

Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten.

Det legges til grunn at spørreskjema besvares manuelt (i papirformat), og at det ikke samles inn og registreres opplysninger som direkte (gjennom navn eller personnummer) eller indirekte (gjennom bakgrunnsvariabler, eller gjennom navneliste/koplingsnøkkel eller krypteringsformel og kode) kan identifisere enkeltpersoner.

Det forutsettes at jordmødrene deler ut/sender ut forespørsel og spørreskjema til utvalget, og at taushetsplikten ikke er til hinder.

Forespørsel om å delta i en undersøkelse.

Jeg er jordmor og mastergradsstudent ved Universitet i Bergen, Senter for videre og etterutdanning (SEVU) I den forbindelse skal jeg gjennomføre en undersøkelse hvor temaet er: **Oppfølging av barselkvinner første uken etter fødsel.**

Denne oppfølgingen innebærer Følling blodprøve av den nyfødte, vektkontroll, vurdering av gulsott, råd/veiledning av ernæring og stell av den nyfødte. Kontroll av barselkvinnen innebærer tilsyn av sting, råd om opptrening av bekkenbunn evt. bekkenløsning, informasjon om kosthold og veiledning om amming. Liggetiden for barselopphold på sykehus er kortet ned fra tidligere 4-5 døgn, til i dag ca.2 døgn. Dette gjelder spesielt i de store byene og på de store sykehusene.

Jeg er interessert i å finne ut hva brukerne mener om oppfølgingen første uken etter fødsel, og å få kunnskap om hvilke tilbud nybakte mødre foretrekker. Målsetningen er at kunnskap om dette kan bidra til bedre tilbud i fremtiden.

Forespørselen er sendt ut fra jordmødrene i Meland, Lindås, Masfjorden, Austrheim og Radøy kommuner. Dette fordi denne region har et interkommunalt samarbeid om distriktjordmortjenesten i svangerskap og i forbindelse med følgetjeneste til sykehus. Videre var det et prosjekt i samme region hvor distriktjordmor foretok hjemme besøk etter fødsel, ved tidlig utskrivning og utførte den samme oppfølging for noen år tilbake. Disse ”hjemmebesøk” utføres i dag poliklinisk på Kvinneklubben.

Selv om et av spørsmålene handler om betaling, betyr det ikke at det vil bli innført egenandeler på denne oppfølgingen. Men ”betalingsvillighet” kan være en indikator på hvor mye en verdsetter en tjeneste.

Selve spørreskjemaet tar ikke lang tid å svare på. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Opplysningene er anonymisert ettersom du ikke oppgir navn og fødselsdata på spørreskjema. Når du har fylt ut spørreskjema legger du det i den vedlagt ferdig frankerte svarkonvolutten. Besvarelsene blir sendt direkte til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg: 92 21 11 05, eller sende en e-post til: wenche.sofie@gmail.no. Du kan også kontakte min veileder professor Jan Erik Askildsen, ved Rokkansenteret, Universitet Bergen, tlf: 55 58 92 18.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen
Wenche Sofie Nilsen

Eidsvågvei50, 5101 Eidsvågneset

Spørreskjema

(Sett kryss i den ønskede rubrikk. På skalaen fra en til fem, betyr fem *mest fornøyd*)

1.

Hvor mange ganger har du født?.....

2.

Fikk du besøk av jordmor i ditt eget hjem første uken etter fødselen/fødslene?

Ja ☐

Nei ☐

a: Hvis flere fødsler - Etter hvilken fødsel fikk du hjemmebesøk?.....

b: Hvor fornøyd var du med denne oppfølgingen

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

3.

Var du til poliklinisk oppfølging hos jordmor på Kvinneklinikken første uken etter fødsel/fødslene?

Ja ☐

Nei ☐

4.

Hvor fornøyd var du med denne oppfølgingen?

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

5.

Ved en fremtidig fødsel vil du foretrekke hjemmebesøk eller poliklinisk oppfølging på KK?

Poliklinisk time på KK ☐

Hjemmebesøk ☐

6 a.

Ved et hjemmebesøk av jordmor, hvor mye er du villig til å betale for et slikt besøk?

0 kroner ☐

100 kroner ☐

200 kroner ☐

300 kroner ☐

400 kroner ☐

500 kroner ☐

Dersom du ville betale mer enn 500 kroner, hva ville du betale?

Hvis 0 kroner, gi en kort begrunnelse.....

6 b.

Ved oppfølging på Kvinneklinikken, hvor mye er du villig til å betale?

0 kroner ☐

100 kroner ☐

200 kroner ☐

300 kroner ☐

400 kroner ☐

500 kroner ☐

Dersom du ville betale mer enn 500 kroner, hva ville du betale?.....

Hvis 0 kroner, gi en kort begrunnelse.....

7.

Transportmiddel

Hvilke transportmiddel har du tilgang til?

A: Egen bil ☐

B: Buss ☐

C: Drosje ☐

D :Annet ☐

8.

Reisetid:

Hvor lang tid bruker du til Kvinneklinikken? (en vei)

30 minutter ☐

1 time ☐

Over en time ☐

I så fall hvor lang tid.....

9.

Sivilstatus:

A: Er du enslig ? ☐

B: Har du samboer/ektefelle? ☐

10.

Utdanning:

Hvilke utdanning har du?

A: grunnskole ☐

B: Videregående ☐

C: Høyere utdanning ☐

11.

Inntekt:

Angi husstanden sin samlede årsinntekt:

Mindre enn kr 200 000 ☐

Mellom kr 200 000 og kr 500 000 ☐

Mellom kr 500 000 og 1 mill. ☐

≥1 mill.kr. ☐

12.

Alder:

Hvor gammel er du?.....

13.

Har du egne kommentarer?

Bruk gjerne baksiden av arket.

Takk fordi du svarte på spørsmålene.

Registrering av svar på spørreundersøkelsen.

	Spm.1 Ant. Fælder	Spm.2 Bænk av. jn	a	b	Spm.3 3 Fornyds	Spm.4 3 Fornyds	Spm.5	Spm.6a 8 fa	8b Cutter 8a	Kommentar	Spm.7 Transport	Spm.8 Released	Spm.9 SF status	SF10	Spm.10 Udledning	SF11 INVENTY	Spm.11 Inventy	Spm.12 Alder
Respondent 1	1	1	1		5	3	5	HUEMB	300	0	Egen bl	40	Sambærsket	VD	videngående	250000	500 000-500 000	35
Respondent 2	2	2	1			4	4	HUEMB	200	0	Egen bl	30	Sambærsket	VD	videngående	250000	500 000-500 000	35
Respondent 3	1	1		1	1			HUEMB	400	300	Egen bl	30	Sambærsket	HØYUTD	høyere udledning	750000	500 000-1 mill	30
Respondent 4	1	1	1	5	1			HUEMB	100	0	Egen bl	60	Sambærsket	GRUNN	grunnskole	250000	500 000-500 000	24
Respondent 5	1	1		2	1			KK	0	0	Egen bl	60	Sambærsket	HØYUTD	høyere udledning	750000	500 000-1 mill	30
Respondent 6	2	1			1	3	3	HUEMB	300	0	Egen bl	60	Sambærsket	HØYUTD	høyere udledning	750000	500 000-1 mill	33
Respondent 7	1	1			1			KK	500	500	Egen bl	60	Sambærsket	VD	videngående	250000	500 000-500 000	28
Respondent 8	1	1	1	5	1			HUEMB	200	200	Egen bl	30	Sambærsket	HØYUTD	høyere udledning	750000	500 000-1 mill	38
Respondent 9	1	1			1			HUEMB	100	100	Egen bl	30	Sambærsket	HØYUTD	høyere udledning	750000	500 000-1 mill	30
Respondent 10	1	1			1	4	4	HUEMB	300	300	Egen bl	30	Sambærsket	HØYUTD	høyere udledning	250000	500 000-500 000	25
Respondent 11	1	1			1			HUEMB	0	0	Egen bl	30	Sambærsket	HØYUTD	høyere udledning	750000	500 000-1 mill	30
Respondent 12	1	1			1			HUEMB	300	300	Egen bl	60	Sambærsket	HØYUTD	høyere udledning	750000	500 000-1 mill	30
Respondent 13	1	1			1			HUEMB	200	0	Egen bl	60	Sambærsket	HØYUTD	høyere udledning	750000	500 000-500 000	28
Respondent 14	5	1			1			Ikke dele	100	0	Egen bl	45	Sambærsket	VD	videngående	250000	500 000-500 000	34
Respondent 15	1	1			1	4	4	KK	0	0	Egen bl	30	Sambærsket	VD	videngående	250000	500 000-500 000	28
Respondent 16	2	1			1			HUEMB	0	0	Egen bl	30	Sambærsket	GRUNN	høyere udledning	750000	500 000-1 mill	33
Respondent 17	2	1			1			HUEMB	200	200	Egen bl	60	Sambærsket	GRUNN	grunnskole	250000	500 000-500 000	22
Respondent 18	5	1	1	5	1			HUEMB	200	100	Egen bl	60	Sambærsket	HØYUTD	høyere udledning	750000	500 000-1 mill	40
Respondent 19	7	1	1	5	1	4	4	KK	0	0	Egen bl	60	Sambærsket	VD	videngående	750000	500 000-1 mill	30
Respondent 20	1	1			1	5	5	HUEMB	200	0	Egen bl	30	Sambærsket	VD	videngående	250000	500 000-500 000	30
Respondent 21	1	1			1			HUEMB	0	0	Egen bl	30	Sambærsket	HØYUTD	høyere udledning	750000	500 000-1 mill	34
Respondent 22	1	1			1	4	4	HUEMB	200	0	Egen bl	60	Sambærsket	HØYUTD	høyere udledning	750000	500 000-1 mill	23
Respondent 23	1	1			1	3	3	HUEMB	100	100	Egen bl	30	Sambærsket	VD	videngående	750000	500 000-1 mill	37
Respondent 24	2	1			2	4	4	HUEMB	200	0	Egen bl	60	Sambærsket	VD	videngående	250000	500 000-500 000	28
Respondent 25	3	1			1			HUEMB	200	0	Egen bl	30	Sambærsket	HØYUTD	høyere udledning	750000	500 000-1 mill	33
Respondent 26	1	1			1			HUEMB	0	0	Egen bl	30	Sambærsket	HØYUTD	høyere udledning	750000	500 000-1 mill	30
Respondent 27	2	1	2	5	1			HUEMB	300		Egen bl	30	Sambærsket	VD	videngående	250000	500 000-500 000	30
Respondent 28	2	1			1			HUEMB	100		Egen bl	60	Sambærsket	GRUNN	grunnskole	250000	500 000-1 mill	28
Respondent 29	1	1			1	4	4	HUEMB	200	0	Egen bl	60	Sambærsket	HØYUTD	høyere udledning	750000	500 000-1 mill	35
Respondent 30	1	1			1	4	4	HUEMB	0	0	Egen bl	30	Sambærsket	HØYUTD	høyere udledning	250000	500 000-500 000	24
Respondent 31	2	1			2		3	HUEMB	200	0	Egen bl	30	Sambærsket	VD	videngående	250000	500 000-500 000	24
Respondent 32	2	1			1	3	3	HUEMB	100	0	Egen bl	30	Sambærsket	HØYUTD	høyere udledning	750000	500 000-1 mill	34
Respondent 33	1	1			1	2	2	HUEMB	500	0	Egen bl	60	Sambærsket	HØYUTD	høyere udledning	750000	500 000-1 mill	29
Respondent 34	3	1			1	4	4	HUEMB	200	0	Egen bl	60	Sambærsket	HØYUTD	høyere udledning	750000	500 000-1 mill	33
Respondent 35	4	1			1			KK	0	300	Egen bl	60	Sambærsket	VD	videngående	750000	500 000-1 mill	34

7. Hvis ja, var keisersnittet planlagt?

- ☐ Nei
☐ Ja

+

Hvis ja, hvorfor?

- ☐ Seteleie
☐ Tidligere keisersnitt
☐ Svangerskapskomplikasjon eller sykdom hos mor
☐ Dårlig tilvekst eller annen tilstand hos fosteret
☐ Eget ønske
☐ Annet

8. Oppsto det komplikasjoner under fødselen?

- ☐ Nei
☐ Ja

Hvis ja, beskriv: _____

9. Ble du innlagt eller overflyttet til annen avdeling eller annet sykehus på grunn av komplikasjoner i forbindelse med fødselen? (Gjelder både før og etter fødselen.)

- ☐ Nei
☐ Ja

10. Hvis ja, hvor?

Avdeling: _____

Sykehus: _____

11. Hvor lenge var du selv på sykehuset i forbindelse med fødselen?

Før fødselen Antall dager

Etter fødselen Antall dager

12. Ble fødselen slik du hadde forventet?

- ☐ Ja, som forventet
☐ Nei, den gikk lettere
☐ Både og ...
☐ Nei, den ble verre
☐ Vet ikke

+

13. Hvordan passer følgende beskrivelser av fødselen for deg? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Passer bra	Passer delvis	Passer ikke
Jeg følte meg trygg og i gode hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg hadde store smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg fikk for lite smertestillende medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Var noen av dine nærmeste tilstede under fødselen?

- ☐ Ja, barnets far
☐ Ja, andre
☐ Nei

+

Om barnet

Ernæring

15. Hva fikk barnet å drikke første leveuke?

(Sett eventuelt flere kryss.)

- ☐ Brystmelk
☐ Vann
☐ Sukkervann
☐ Morsmelkerstatning
☐ Annet, beskriv: _____
☐ Vet ikke/husker ikke

+

16. Hva slags drikke har barnet fått de første 6 levemånedene?

(Sett et kryss for hver måned barnet har fått den aktuelle drikke.)

	Barnets alder i måneder						
	0	1	2	3	4	5	6
Brystmelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collett vanlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collett med Omega 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAN vanlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nan HA1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen melk, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saft / Juice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Hvor ofte får barnet følgende drikke nå for tiden?

(Sett ett kryss for hver linje.)

1. Brystmelk
2. Morsmelktillegg
3. Vanlig søt melk, alle typer
4. Surmelk (yoghurt, kulturmelk osv.)
5. Økologiske melkeprodukter (melk, yoghurt)
6. Kokt vann

	Aldri/ sjelden	1-3 ganger pr. uke	4-6 ganger pr. uke	Minst 1 gang daglig
1. Brystmelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Morsmelktillegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vanlig søt melk, alle typer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Surmelk (yoghurt, kulturmelk osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Økologiske melkeprodukter (melk, yoghurt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kokt vann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

Forts.